UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

FRANCINE BALTAZAR ASSAD

**Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em
Centros de Atenção Psicossocial: enfoque nas habilidades de vida
independente e no funcionamento ocupacional**

RIBEIRÃO PRETO
2015

FRANCINE BALTAZAR ASSAD

Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em Centros de
Atenção Psicossocial: enfoque nas habilidades de vida independente e no
funcionamento ocupacional

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação
Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas,
saberes e práticas

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

RIBEIRÃO PRETO
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assad, Francine Baltazar

Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em Centros de Atenção Psicossocial: enfoque nas habilidades de vida independente e no funcionamento ocupacional. Ribeirão Preto, 2015.

175 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Luiz Jorge Pedrão

1. saúde mental. 2. terapia ocupacional. 3. reabilitação. 4. estratégias. 5. atividades cotidianas

ASSAD, Francine Baltazar

Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em Centros de Atenção Psicossocial: enfoque nas habilidades de vida independente e no funcionamento ocupacional

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

*A todos os usuários, profissionais, familiares e cuidadores
envolvidos no cuidado em saúde mental*

AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais, pelo exemplo de cuidado em família.

Ao Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, por me receber abertamente e por compartilhar sua sensibilidade no cuidado às pessoas com diagnóstico de transtorno mental.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP, por acolher a diversidade de núcleos profissionais e me aceitar como pesquisadora.

À Liga de Psiquiatria da EERP-USP, por me tocar e oferecer momentos sensíveis e de cuidado ao outro, pelas amizades e pelas trocas.

Ao Grupo de Estudo em Saúde Mental da EERP-USP, pela oportunidade de compartilhar e ampliar o conhecimento.

À Dra. Miyeko Hayashida, pela paciência e imensa contribuição com a análise estatística.

À Dra. Sabrina Corral Mulato pela revisão de texto.

Aos Centros de Atenção Psicossocial, participantes deste estudo, pela receptividade e por permitir minha presença nos espaços de convivência.

Aos usuários, terapeutas ocupacionais, familiares, responsáveis e trabalhadores, pelo aceite e participação na pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

*Eu vou cuidar de seu jardim
Eu vou cuidar, eu cuidarei muito bem dele
[...] Eu cuidarei do seu jantar
Do céu e do mar, e de você e de mim
(Nando Reis)*

RESUMO

ASSAD, F. B. **Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em Centros de Atenção Psicossocial: enfoque nas habilidades de vida independente e no funcionamento ocupacional.** 2015. 175f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A reabilitação psicossocial, no contexto da Reforma Psiquiátrica, centrou o cuidado na pessoa com diagnóstico de transtorno mental considerando a sua experiência com o sofrimento, a partir de ações coletivas e intersetoriais, rompendo com a lógica hegemônica do cuidado centrado na doença, e, a terapia ocupacional, apoiou este rompimento, pois, suas ações voltadas para o cotidiano na busca da inserção social e autonomia, faz uma forte relação com esta mudança. O objetivo geral do presente estudo foi verificar como a terapia ocupacional contribui para a reabilitação psicossocial de pessoas com diagnóstico de transtorno mental usuárias de Centros de Atenção Psicossocial. Os objetivos específicos foram identificar as estratégias de cuidado utilizadas pelos terapeutas ocupacionais junto a essas pessoas, avaliar suas habilidades de vida independente e o seu funcionamento ocupacional, e, relacionar as estratégias de cuidado, com as habilidades de vida independente e o funcionamento ocupacional. Para isso, optou-se pelo método misto, por meio da estratégia de triangulação concomitante. A pesquisa foi desenvolvida em três Centros de Atenção Psicossocial de três cidades do interior do estado de São Paulo, com a participação de 5 terapeutas ocupacionais, 47 usuários e seus respectivos familiares e/ou responsáveis. Os terapeutas ocupacionais responderam a uma entrevista. Os usuários responderam um questionário sociodemográfico, a Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional e foram também entrevistados. Os familiares e/ou responsáveis pelos usuários, responderam ao Inventário de Habilidades de Vida Independente para Pacientes Psiquiátricos. As entrevistas foram gravadas, transcritas, sintetizadas, e, os conteúdos, organizados em categorias conforme analogias e características comuns e analisados a luz do método qualitativo descritivo. Os dados obtidos através dos instrumentos foram organizados na forma de um banco de dados criado para este fim no software SPSS 16.0 e analisados a luz da estatística descritiva. Os resultados mostraram que as estratégias de cuidado utilizadas pelos terapeutas ocupacionais são comuns a outros núcleos profissionais, seguindo a premissa da integralidade, singularidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, e, os usuários, apresentaram um bom nível de habilidades de vida independente e bom funcionamento ocupacional, embora tenham apresentado dificuldade em alguns aspectos, como realizações no trabalho, no lar e no cotidiano, incapacidade física e falta de objetivos para o futuro, entre outros, necessitando assim de assistência focada nesses aspectos. Relataram contribuições da terapia ocupacional nas atividades diárias, destacando auxílio nas atividades cotidianas e possibilidade de inserção social pelo trabalho e no tratamento. Os terapeutas ocupacionais apontaram que suas estratégias contribuem para a compreensão e ampliação do cotidiano dos usuários, transpondo o espaço físico do serviço. Desta forma, pode-se considerar que a terapia ocupacional contribui para a produção de cuidado em saúde mental, tanto para as habilidades de vida independente, quanto para o funcionamento ocupacional, tópicos importantes na busca da reabilitação psicossocial.

Descritores: Saúde Mental; Terapia Ocupacional; Reabilitação; Estratégias; Atividades Cotidianas.

ABSTRACT

ASSAD, F. B. **Care strategies used by occupational therapists in Mental Health Services: focus on independent living skills and occupational functioning.** 2015. 175p. Dissertation (Doctoral) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

Psychosocial rehabilitation, in the context of the Psychiatric Reform, has centered care into people diagnosed with mental disorder, using collective and intersectoral actions, considering their experience of suffering, thus breaking with the hegemonic logic of disease-focused care. Occupational therapy has supported this break, as its actions targeting the daily life to achieve social inclusion and autonomy, are strongly related to this change. This study aimed to determine how occupational therapy contributes to the psychosocial rehabilitation of people with diagnosis of mental disorder, users of Mental Health Services. The specific objectives were to identify the care strategies used by occupational therapists with these people, evaluate their independent living skills and their occupational functioning, and relate the care strategies with the independent living skills and the occupational functioning. Mixed methods approach was used, through the concurrent triangulation strategy. The research was conducted in three Mental Health Services in three cities in the interior of the São Paulo state, with participation of five occupational therapists, 47 users and their family members and/or guardians. Occupational therapists were interviewed. Users answered a sociodemographic questionnaire, the Self-Assessment of Occupational Functioning and were also interviewed. Users' family members and/or guardians responded to the Independent Living Skills for Psychiatric Patients instrument. Interviews were recorded, transcribed and synthesized. The content was organized into categories according to analogies and common characteristics and analyzed using descriptive qualitative method. The data obtained through the instruments were organized in a database created for this purpose in SPSS 16.0 software and analyzed using descriptive statistics. Results showed that the care strategies used by occupational therapists are common to other professional groups, following the premise of comprehensiveness, uniqueness, interdisciplinary and intersectoral approach. Users showed a good level of independent living skills and good occupational functioning, although they had difficulties in some respects, as achievements at work, at home and in everyday life, physical disability and lack of goals for the future, among others, thus requiring assistance focused on these aspects. They reported contributions of occupational therapy in daily activities, highlighting benefit in daily activities and possibility of social insertion through the work and treatment. Occupational therapists indicated that their strategies contribute to the understanding and expansion of users' daily lives, transposing the physical space of the health service. Thus, it can be considered that occupational therapy contributes to the production of care in mental health, both for independent living skills and for the occupational functioning, important topics in the search of psychosocial rehabilitation.

Descriptors: Mental Health; Occupational Therapy; Rehabilitation; Strategies; Activities of Daily Living.

RESUMEN

ASSAD, F. B. Estrategias de atención utilizadas por los terapeutas ocupacionales en los Centros de Salud Mental: enfoque en las habilidades de vida independiente y en el funcionamiento ocupacional. 2015. 175h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La rehabilitación psicosocial, en el contexto de la Reforma Psiquiátrica, ha centrado la atención en la persona diagnosticada con trastorno mental, teniendo en cuenta su experiencia con el sufrimiento, a partir de acciones colectivas e intersectoriales, rompiendo con la lógica hegemónica de la atención centrada en la enfermedad. La terapia ocupacional apoyó esta ruptura, una vez que sus acciones centradas en la búsqueda de la inclusión social y la autonomía en la vida cotidiana hacen una fuerte relación con este cambio. El objetivo general de este estudio fue determinar como la terapia ocupacional contribuye para la rehabilitación psicosocial de las personas con diagnóstico de trastorno mental, usuarios de Centros de Salud Mental. Los objetivos específicos fueron identificar las estrategias de atención utilizados por los terapeutas ocupacionales con estas personas, evaluar sus habilidades de vida independiente y su funcionamiento ocupacional y relacionar las estrategias de atención con las habilidades de vida independiente y el funcionamiento ocupacional. Se utilizó el método mixto, por medio de la estrategia de triangulación concurrente. El estudio se llevó a cabo en tres Centros de Salud Mental de tres ciudades en el interior del estado de São Paulo, con la participación de cinco terapeutas ocupacionales, 47 usuarios y sus respectivos miembros de la familia y/o tutores. Los terapeutas ocupacionales respondieron a una entrevista. Los usuarios respondieron a un cuestionario sociodemográfico, la Autoevaluación del Funcionamiento Ocupacional y también fueron entrevistados. Los miembros de la familia y/o tutores de los usuarios respondieron al Inventario de Habilidades de Vida Independiente para Pacientes Psiquiátricos. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y sintetizadas. Los contenidos fueron organizados en categorías conforme las analogías y características comunes y analizados utilizando método cualitativo descriptivo. Los datos obtenidos a través de los instrumentos fueron organizados en forma de una base de datos creada en el software SPSS 16.0 y analizados utilizando estadística descriptiva. Los resultados mostraron que las estrategias de atención utilizados por los terapeutas ocupacionales son comunes a otros núcleos profesionales, siguiendo la premisa de la integralidad, singularidad y enfoque interdisciplinario e intersectorial. Los usuarios mostraron un buen nivel de habilidades de vida independiente y buen funcionamiento ocupacional, aunque tengan presentado dificultades en algunos aspectos, como los logros en el trabajo, en el hogar y en la vida cotidiana, incapacidad física y falta de objetivos para el futuro, entre otros, de manera que requieren atención centrada en estos aspectos. También han relatado contribuciones de la terapia ocupacional en las actividades diarias, destacando la ayuda en las actividades de la vida cotidiana y la posibilidad de inserción social a través del trabajo y del tratamiento. Los terapeutas ocupacionales indicaron que sus estrategias contribuyen a la comprensión y la ampliación de la vida cotidiana de los usuarios, transponiendo el espacio físico del servicio de salud. Por lo tanto, se puede considerar que la terapia ocupacional contribuye a la producción de atención en salud mental, tanto para las habilidades de vida independiente cuanto para el funcionamiento ocupacional, temas importantes en la búsqueda de la rehabilitación psicosocial.

Descriptores: Salud Mental; Terapia Ocupacional; Rehabilitación; Estrategias; Actividades Cotidianas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Desenho do Projeto de Triangulação Concomitante.....	48
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Sexo, idade, estado civil e religião dos usuários.....	59
Tabela 2	Tipo de habitação, renda individual e renda familiar dos usuários.....	60
Tabela 3	Ocupação anterior e atual e como o usuário ocupa o tempo.....	61
Tabela 4	Número de filhos, número de pessoas que moram junto e grau de parentesco dos usuários.....	62
Tabela 5	Rede de apoio social dos usuários.....	63
Tabela 6-	Tempo no serviço, tipo de tratamento e acesso ao serviço.....	63
Tabela 7	Diagnósticos dos usuários.....	64
Tabela 8-	Interferência do transtorno mental na vida dos usuários.....	65
Tabela 9	Respostas em cada item do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR).....	82
Tabela 10	Respostas de cada item da Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF).....	85
Tabela 11	Valores médios dos escores por subescala e escore global do Inventário de Habilidades de Vida Independente.....	87
Tabela 12	Respostas por categoria e total global da Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional.....	88

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Aspectos do Domínio da Terapia Ocupacional.....	37
Quadro 2	Percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o cuidado em saúde mental.....	66
Quadro 3	Estratégias de cuidado utilizadas pelos terapeutas ocupacionais.....	68
Quadro 4	Percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o funcionamento ocupacional e habilidades de vida independente.....	69
Quadro 5	Percepção dos terapeutas ocupacionais sobre como as estratégias de cuidado contribuem para o funcionamento ocupacional e habilidades de vida independente.....	71
Quadro 6	Percepção dos usuários sobre a contribuição da terapia ocupacional nas atividades diárias.....	75
Quadro 7	Percepção dos usuários sobre como a terapia ocupacional contribui no desenvolvimento das atividades de forma mais independente.....	78
Quadro 8	Percepção dos usuários sobre como a terapia ocupacional contribui no tratamento no CAPS.....	81

LISTA DE SIGLAS

AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional
APR	Avaliação do Profissional de Referência
AVD's	Atividades de Vida Diária
AVP's	Atividades de Vida Prática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DSL	Distrito de Saúde Leste
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ILSS-BR	Inventário de Habilidades de Vida Independente
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NO	Nenhuma Oportunidade
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAOF	Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional
SPSS	Software Statistical Package of Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 O cuidado em saúde mental.....	19
1.1.1 O Centro de Atenção Psicossocial.....	23
1.1.2 A Terapia Ocupacional e o cuidado em saúde mental.....	29
1.1.3 Habilidades de vida independente, funcionamento ocupacional e terapia ocupacional.....	33
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	39
2.1 A Reabilitação Psicossocial.....	40
3. OBJETIVOS.....	45
3.1 Geral.....	46
3.2 Específicos.....	46
4. MÉTODO.....	47
4.1 Locais.....	48
4.1.1 Caracterização do locais.....	49
4.2 Sujeitos.....	51
4.2.1 Critérios de inclusão.....	51
4.3 Procedimentos.....	52
4.3.1 Considerações iniciais.....	52
4.3.2 Aspectos éticos.....	53
4.3.3 Procedimentos para coleta de dados.....	53
4.3.4 Procedimentos para análise dos dados.....	56
5. RESULTADOS.....	58
5.1 Caracterização e dados sociodemográficos dos usuários.....	59
5.2 Etapa qualitativa.....	66
5.3 Etapa quantitativa.....	82
6. DISCUSSÃO.....	89
6.1 Caracterização e dados sociodemográficos dos usuários.....	91
6.2 O Funcionamento Ocupacional e as Habilidades de Vida Independente dos usuários.....	96
6.3 Estratégias de cuidado utilizadas pelos terapeutas ocupacionais e suas percepções sobre o cuidado em saúde mental, o funcionamento ocupacional, as habilidades de vida independente e a contribuição de suas estratégias.....	107
6.4 Percepção dos usuários sobre a contribuição da terapia ocupacional.....	115
6.5 Algumas considerações sobre a contribuição da terapia ocupacional na reabilitação psicossocial.....	120

7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICES.....	148
	ANEXOS.....	156

APRESENTAÇÃO

O cuidar esteve sempre presente em minha vida. Sentia tal ato fortemente na dinâmica familiar, primeiramente na infância, recebendo os cuidados dos meus pais. Já na adolescência os papéis se inverteram e passei a cuidar de meu pai, em estado de enfermidade. Essa troca de papel repentina me forçou a aprender como era estar no lugar do outro e tentar amenizar a sua dor, física e emocional, e suprir as necessidades diante do novo cotidiano que se apresentava.

Assim, foi o “cuidar” que me chamou a atenção para a escolha da terapia ocupacional como profissão e desde então carregou tal missão em minha trajetória. Tal ato de cuidar exige não só responsabilidade, mas uma sensibilidade, um saber ouvir, um estar perto e empatia. Foi então no campo da saúde mental que pude experimentar tal ato, de forma mais leve, mas que me despertava curiosidade, talvez certo mistério, o que me instigou o estudo e aprofundamento. Iniciei minhas atividades de pesquisa com pessoas com diagnóstico de transtorno mental durante meu Aprimoramento Profissional, que muito me estimulou para prosseguir e, buscando o aprofundamento e realmente me envolver com pesquisa, procurei o Mestrado, cuja realização trouxe um aprendizado significativo voltado a docência e pesquisa, que se consolidou no Doutorado. Espero, a partir de agora, ter plenas condições de me envolver com a carreira docente, desenvolver e orientar pesquisas.

O interesse pelo estudo do funcionamento ocupacional e das habilidades de vida independente de usuários de Centros de Atenção Psicossocial advém de inquietações suscitadas em minha pesquisa de Mestrado, na qual abordou os significados de ser um portador de transtorno mental. A análise dos dados obtidos evidenciou que tais significados estavam intimamente relacionados a perdas no cotidiano, envolvendo o funcionamento ocupacional e independência, e que estas perdas são resultantes, principalmente, de uma lógica excludente vivenciada pelo estigma da loucura. Por ter sido uma pesquisa qualitativa, minha inquietação levou-me a buscar dados que comprovassem essas perdas, em que áreas do funcionamento ocupacional estavam efetivamente relacionadas, identificar as áreas que se mantêm hábeis e o quanto suas vidas ainda são independentes, e, isso se tornou possível, com a realização do presente estudo.

Além disso, com as atuais discussões sobre o processo da reforma psiquiátrica, novamente o cuidar me chamou a atenção para refletir como efetivamente a terapia ocupacional olha para esse cuidado em saúde mental, de que estratégias lança mão e como contribui para o processo da reabilitação psicossocial.

A escolha pelo método misto foi justamente pela tentativa de suprir o que pareceu faltar nos dados da dissertação de mestrado. O referencial teórico da reabilitação psicossocial

não tinha como ser outro, diante o percurso histórico da saúde mental brasileira.

Falar da terapia ocupacional não é uma tarefa fácil, diante da falta de reconhecimento no cenário científico e clínico, portanto, há uma grande necessidade de que terapeutas ocupacionais se ocupem da Terapia Ocupacional, com investimento pessoal, e que se dediquem ao que fazem. Pois então, resolvi encarar tal dificuldade e me ocupar da Terapia Ocupacional.

Espero poder contribuir com os atuais e futuros terapeutas ocupacionais e principalmente, com o cuidado em saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O cuidado em saúde mental

Ao longo da história, o grau de autonomia e participação social e ocupacional da pessoa com diagnóstico de transtorno mental, assim como as ações de cuidado em saúde mental, esteve relacionado à concepção de loucura vigente em cada sociedade. Tal concepção, por sua vez, esteve atrelada ao conceito de homem e ao contexto cultural e histórico presente em cada época e em cada local. Estas diferentes concepções de loucura são retomadas, contrastadas entre si e reeditadas gerando diversas perspectivas. Porém, na maior parte das perspectivas criadas, ainda persiste o entendimento da loucura como a perda da razão, da autonomia e do caráter distintivo do homem (BIRMAN, 1978; FOUCAULT, 2003; MÂNGIA; NICÁCIO, 2001; PESSOTTI, 1994).

Entretanto, esta concepção da loucura e as práticas instituídas, pouco a pouco passaram a ser questionadas em diversos países, resultando no movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2001; BASAGLIA, 1985; GOFFMAN, 1988).

Ao olhar para o percurso da reforma psiquiátrica, é possível, além de uma revisão dos principais referenciais teóricos do movimento, uma atualização de um olhar histórico-crítico sobre os paradigmas do saber e da prática (AMARANTE, 2001). Portanto, é preciso pensar essas reformulações da reforma sob quatro dimensões: teórico-conceitual; técnico-assistencial; sociocultural e teórico-política (AMARANTE, 2003; YASUI, 2010).

Neste sentido, no que tange a dimensão teórico-conceitual, há uma transformação de um modelo asilar manicomial para um modelo de atenção psicossocial (COSTA-ROSA, 2000), culminando com a criação de políticas públicas, as quais aprofundaram o debate acerca da superação asilar (BALLARIN; CARVALHO, 2007) e deram subsídio para as mudanças nas dimensões técnico-assistencial e sociocultural. Os principais eixos norteadores para a criação das políticas públicas em saúde mental foram a redução dos leitos psiquiátricos, um maior controle sobre as internações, a organização de uma rede de serviços de saúde mental substitutivos e o reconhecimento dos direitos e cidadania (BRASIL, 2005).

A assistência à saúde mental passou por reformulações, e teve como foco inicial o objeto de intervenção, onde a doença sai de cena dando lugar ao sujeito-social, provocando uma ruptura da lógica deste *status quo*, o que operou também em reformulações do lugar de tratamento, da finalidade da assistência e dos instrumentos de intervenção, como saberes e práticas (BARROS; OLIVEIRA; ARANHA E SILVA, 2007; GULJOR et al., 2007). Desta

forma, com o deslocamento do objeto e a eliminação da doença como foco da intervenção, as ações passam ser ampliadas, ou seja, além do tratamento, a pessoa passa a ser objeto de cuidado, apresentando além de sintomas, diversas necessidades (BARROS; OLIVEIRA; ARANHA E SILVA, 2007). Demandando não só minimizar riscos de internação ou controlar sintomas, bem como a pessoa, como objeto de cuidado, receber apoio em questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras que estão relacionadas ao adoecimento mental (CARDOSO; GALERA, 2011).

Adotar a pessoa como objeto de cuidado, implica em discutir o conceito de cuidado, principalmente nas ações de saúde mental. Há diferentes perspectivas acerca do cuidado, não há uma ideia única. Entretanto, no aspecto ontológico existencial, o cuidado é inerente à existência humana (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010), ele entra na natureza e na constituição do ser humano, portanto, entendido como essência humana (BOFF, 2004).

A palavra deriva do latim *coera*, o que significa atitude de cuidado, desvelo, preocupação e inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estima (YASUI, 2010). No dicionário, *s.m* 1. Desvelo. 2. Responsabilidade. *interj.* 3. Atenção, cautela (FERREIRA, 2004).

No senso comum, cuidado em saúde implica prestar atenção a um indivíduo, envolvendo diversos procedimentos tecnicamente orientados para um tratamento efetivo (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010).

E ainda, tomando emprestadas as palavras de Boff (2004, p. 33): “cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”.

Os estudos que abordam o cuidado em saúde tiveram um aumento significativo nos últimos anos, diante, principalmente, das transformações nas ações de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O ato de cuidar é o eixo norteador da assistência. Portanto, cuidar da saúde de uma pessoa é muito mais que intervir sobre ela, é ter a capacidade de oferecer o acolhimento, o diálogo, de produzir novas subjetividades, ser capaz de fazer crítica, transformar de forma criativa os modos de ver, sentir, pensar e, principalmente, compreender o cuidado em saúde sob suas diferentes dimensões (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010).

Desta forma, cuidar em saúde, hoje, significa romper com a lógica hegemônica centrada na doença e de caráter hospitalocêntrico. É uma ruptura que inaugura uma nova

relação entre a pessoa e o cuidador, exigindo estratégias de intervenção que preconizam projetos marcados pela diversidade (YASUI, 2010).

Assim, a proposta da reabilitação psicossocial permite a construção de um novo olhar para o cuidado, o objeto passa a ser a complexidade da experiência humana, considerando a experiência com o sofrimento, o pressuposto teórico-conceitual é transdisciplinar, as estratégias de cuidado são guiadas pela diversidade e invenção, o agente de cuidado é coletivo, o lugar desse cuidado é em rede e intersetorial e a prática social se volta para a inserção e solidariedade (YASUI, 2010). Além disso, deve ser pautada na construção de projetos de vida significativos para a pessoa, os quais devem ser o eixo central da ação terapêutica (BARROS; OLIVEIRA; ARANHA E SILVA, 2007).

Portanto, considera-se ainda que o sujeito-alvo nas ações de cuidado em saúde mental é aquele com necessidades/desejos e em experiência com o sofrimento mental e que este sujeito assuma a co-responsabilização de seu processo de cuidado, no sentido de compreendê-lo como capaz de encontrar e realizar as melhores escolhas a respeito da sua vida, reforçando sua autonomia (ROTELLI, 1990). E, ao pensar no aspecto da acessibilidade dessa população, seja na rede assistencial ou na sua rede social, deve-se não apenas focar na inserção das pessoas nos serviços, mas prover a sustentabilidade desse cuidado, o que implica na ampliação de dimensões que transcendem a técnico-assistencial (GULJOR et al., 2007).

A pessoa com diagnóstico de transtorno mental, sua família, os profissionais nos serviços comunitários, os gestores e a comunidade, são cada vez mais os principais atores envolvidos no cuidado, implicando em uma relação compartilhada, onde todos estão em cena. Este processo sugere que a assistência deva visar à reabilitação e interação social, visto a sua complexidade. Portanto, é necessário que o profissional seja um conhecedor das características pessoais e cotidianas dessa população, que permita reconhecer o outro na sua liberdade, na sua dignidade e singularidade, no intuito de buscar importantes informações para um planejamento mais humanizado, compartilhado e coletivo da assistência oferecida (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010; CARDOSO; GALERA, 2011).

Assim, é necessário um redirecionamento da atenção e isto significa oferecer um atendimento de qualidade contando com as tecnologias leves como o acolhimento, a escuta, a ética, a autonomia, o resgate da cidadania, a subjetivação do sujeito, o respeito, a liberdade, a inserção social, as melhorias do ambiente de cuidado e também condições de trabalho aos profissionais (BARROS; OLIVEIRA; ARANHA E SILVA, 2007; MIELKE et al., 2009).

Portanto, o cuidado deve ser processado no enfrentamento do cotidiano, o qual é mediado pelo uso do tempo, espaço, objetos e inter-relações, além de ajudar e encorajar a

pessoa a adquirir as habilidades para efetuar suas trocas e suas escolhas (BARROS; OLIVEIRA; ARANHA E SILVA, 2007).

Para tanto, esse novo olhar para o cuidado em saúde mental, implica em não mais o isolamento e a cura, mas a inserção no espaço de vida e a ampliação do poder contratual, ou seja, o tratamento se direciona pela concepção do cuidado e toma como *locus* de intervenção, os serviços territoriais, pela comunidade e pela família. Nas últimas décadas, no Brasil houve um significativo aumento dos serviços territoriais ou de atenção psicossocial, além de outras ações culturais, sociais, legislativas e políticas que contribuem para que a reforma psiquiátrica deva ser compreendida enquanto processo social complexo (GULJOR et al., 2007). Esta complexidade nos serviços de saúde mental expressa cenas de intenso sofrimento psíquico, de atitudes de automutilação e angústia, principalmente quando envolve usuários em crise. Assim, é necessário que os trabalhadores tenham uma compreensão ética e disponibilidade para instituir uma atenção e um cuidado de fato abrangente (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010).

No que tange a dimensão política, desde 2011 foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que propõe o cuidado em rede e intersetorial e o reconhecimento de outros dispositivos (BRASIL, 2011). Portanto, é a partir dessa concepção de cuidado em rede que a assistência às pessoas com diagnóstico de transtorno mental tem se guiado, o que implica os conceitos da intersetorialidade e da integralidade, fortalecendo os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e da atual política de saúde mental, dos processos de desinstitucionalização e da inserção social de seus usuários (AZEVEDO et al., 2014).

Portanto, vale salientar que é preciso não só romper com a lógica hegemônica, mas produzir novos conceitos e construir um novo paradigma, tecendo linhas intersetoriais, além de uma nova organização dos serviços, articulando uma rede de produção de subjetividade, de geração de renda, apoio social e moradia. Além disso, também é preciso um novo pacto de poder e luta política para uma transformação social, desconstrução e transformação do imaginário social sobre a loucura (YASUI, 2010).

Considerando os pressupostos apresentados, dar-se-á enfoque no cuidado em serviços de atenção psicossocial, especificamente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

1.1.1 O Centro de Atenção Psicossocial

Uma significativa expressão da reforma psiquiátrica no Brasil se deu com a sanção do Projeto de Lei 10.216 de 2001, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e redireciona a assistência a saúde mental, além de investir na reinserção da pessoa na sociedade, efetivando-se com a abertura dos diversos serviços substitutivos de saúde mental, tais como: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospital-Dia, Ambulatórios de Saúde Mental e Residências Terapêuticas (BRASIL, 2007).

Assim, o CAPS, no Brasil, surgiu no ano de 1987 como proposta de um serviço não hospitalocêntrico e é considerado o serviço de saúde mental que mais se aproxima das propostas da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009). O primeiro CAPS, Professor Luiz Cerqueira, foi inaugurado em São Paulo, caracterizado como um dispositivo diferencial no cuidado a saúde mental, que oferecia o cuidado intensivo. Entretanto, não se tornou, àquela época, como uma estratégia oficial que atendesse à idealização de uma rede de cuidados (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

Os CAPS são serviços de atenção em saúde mental, com funcionamento diurno e alguns com funcionamento integral, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e CAPSad III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Têm a responsabilidade de atender pessoas com diagnóstico de transtornos mentais severos e persistentes, trabalhando sob a lógica da territorialidade, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Estes serviços são regulamentados pela portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

No ano de 2011 foram habilitados mais 122 novos CAPS, totalizando 1742 no país, sendo 822 CAPS I, 431 CAPS II, 63 CAPS III, 149 CAPSi, 272 CAPad e 5 CAPSad III. A cobertura assistencial do Brasil chegou a 0,72 CAPS/100.000 habitantes (SAÚDE MENTAL EM DADOS, 2012).

No presente estudo serão abordadas as modalidades CAPS I, CAPS II e III, que conforme a GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), se caracterizam por:

CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

- a** - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b** - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c** - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d** - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e** - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f** - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

- a** - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b** - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c** - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d** - visitas domiciliares;
- e** - atendimento à família;
- f** - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g** - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Quanto aos Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a** - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- b** - 01 (um) enfermeiro;
- c** - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d** - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a** - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b** - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- c** - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d** - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e** - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f** - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

- a** - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b** - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c** - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d** - visitas domiciliares;

- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Quanto aos Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

- a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;
- b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
- d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental, regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela

Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

- g** - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

- a** - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- b** - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c** - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d** - visitas e atendimentos domiciliares;
- e** - atendimento à família;
- f** - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g** - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;
- h** - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;
- i** - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Quanto aos Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

- a** - 02 (dois) médicos psiquiatras;
- b** - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.
- c** - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- d** - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Desta forma, o CAPS constitui-se como o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental e pode ser entendido como uma estratégia de produção de cuidado em saúde mental, cuidado esse que se caracteriza por uma ampla rede de alianças, incluindo segmentos diversos e distintos atores (YASUI, 2010). Por meio das redes, sejam elas os serviços de saúde, redes sociais e outros setores afins, o CAPS passa a fazer frente à complexidade das demandas da inclusão (BALLARIN; CARVALHO, 2007). Portanto, é necessário compreender o CAPS como uma estratégia de transformação da assistência, considerando-o em uma rede de cuidado em saúde mental (YASUI, 2010).

Assim, os CAPS caracterizam-se por serem dispositivos altamente potentes que promovem outras formas de se relacionar com a loucura, onde a loucura ganha espaço de circulação na comunidade, ou seja, as ações estabelecem proporções consistentes na comunidade, rompem com os antigos padrões assistenciais e apontam para a superação da racionalidade médica, além de priorizar uma produção de cuidado coerente com os princípios do SUS. Portanto, constituem-se como um importante dispositivo na atenção psicossocial, para promover a inserção das pessoas no território de abrangência, contribuindo para a transformação cultural da sociedade em relação à loucura (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014).

Este dispositivo tem como compromisso organizar a rede comunitária de assistência, ou seja, direcionar os programas de saúde mental; desenvolver projetos terapêuticos e comunitários e, encaminhar e acompanhar usuários dos serviços residenciais terapêuticos. Caracterizando-se como dispositivo que oferece tanto cuidados clínicos quanto de reabilitação psicossocial (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

O CAPS trabalha com equipe multiprofissional e atividades bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arteterapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento, nessa nova proposta a família também é considerada como parte fundamental do tratamento (MIELKE et al., 2009).

É importante também ressaltar que nos CAPS, é por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) que as estratégias de intervenção são planejadas e têm objetivos estabelecidos, as quais devem romper as formas excludentes de tratamento e ir ao encontro da reabilitação psicossocial. Este projeto, de acordo com a Portaria 147, de 25 de agosto de 1994, é definido como o conjunto de objetivos e ações estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do usuário do serviço, desde a admissão até a alta (KANTORSKI et al., 2010). O PTS trata-se de um projeto individualizado e singular, entretanto, ele deve se articular com a multiplicidade das ações e propostas de encontros com

outros espaços e cuidadores (YASUI, 2010).

Assim, o CAPS também pode ser compreendido como a articulação de diferentes projetos com os recursos existentes no território, esses projetos terapêuticos devem considerar a singularidade e complexidade da demanda, além de contemplar uma diversidade de estratégias de cuidado. Portanto, é preciso incorporar alguns elementos que se apresentam fundamentais para a produção de cuidado no CAPS, tais como, o território, a responsabilização, o acolhimento, o projeto de cuidado e diversidade de estratégias e rede. Elementos estes que estão presentes na portaria 336 (YASUI, 2010).

Contudo o CAPS trata-se de uma experiência coletiva ainda em construção (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014), que têm apresentado dificuldades em manter o foco proposto pela reabilitação psicossocial, reproduzindo a lógica manicomial (LEÃO, 2006). Além disso, o fato da assistência ser guiada por uma rede de atenção psicossocial, ainda existem desafios e demandas para além do estar fora do hospital, com estratégias insuficientes (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014) que necessitam incorporar, de fato, o projeto político-social dos CAPS, o qual implica numa verdadeira promoção da articulação social e intersetorial (YASUI, 2010). Para tanto, práticas profissionais vem sendo discutidas a fim de promover mudanças no modo de ver a doença, o indivíduo e também o tratamento que será oferecido, visando novas perspectivas na área da saúde mental (WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

1.1.2 A Terapia Ocupacional e o cuidado em saúde mental

A profissão Terapia Ocupacional foi criada no Canadá e posteriormente nos Estados Unidos (EUA), na primeira metade do século XX, principalmente no atendimento às pessoas com diagnóstico de transtorno mental e também em hospitais gerais (MEDEIROS, 2003). No Brasil a profissão foi instituída na segunda metade do século XX (SOARES, 2007).

A terapia ocupacional é fundamentada na compreensão de que o envolvimento em ocupações estrutura a vida cotidiana e contribui para a saúde e para o bem-estar. Os profissionais de terapia ocupacional acreditam que as ocupações são multidimensionais e complexas (CARLETO et al., 2010).

Pensar em vida cotidiana tem sido objeto de estudo da terapia ocupacional. Como área de conhecimento e prática em saúde, se preocupa com as problemáticas do homem em

sua vida de atividades, ou seja, estas são consideradas como produto e o meio de construção do próprio homem, e procura entender as relações que o homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde (MEDEIROS, 2003).

A ideia de vida diária impressa no significado *vida cotidiana* vem sendo utilizada desde a origem da profissão, porém com a pretensão de substituir os conceitos de atividades da vida diária e atividades da vida prática o termo *cotidiano* surge como uma busca de se fazer uso de conceitos que mais se afinem às leituras e proposições da ação da terapia ocupacional (GALHEIGO, 2003). Assim, “a vida cotidiana é a vida do homem inteiro”, onde se inserem “seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias” (HELLER, 2008, p. 31).

É na perspectiva da vida cotidiana que a pessoa se insere na sociedade. As atividades do dia-a-dia constituem uma trama de relações sociais, as quais são vinculadas às diferentes atividades do dia. Nessa trama, a pessoa apropria-se do seu modo de realidade e marca sua personalidade, mantém sua particularidade e constrói uma vida inserida na sociedade (HELLER, 1994). Portanto, a pessoa e seu cotidiano mantêm uma relação interligada, na qual o cotidiano se revela e nele acontece a inserção no mundo comunal, compartilhado, social e cultural (TAKATORI, 2001).

Entretanto, com a ruptura do cotidiano, as realizações de vida no âmbito individual se tornam impraticáveis, devido à falta de apoio na infraestrutura social, a qual é a articulação organizadora do cotidiano (BENETTON, 2010). É nesse sentido que a terapia ocupacional se insere no contexto da saúde mental, contribuindo para a construção desse cotidiano interrompido ou inexistente, no qual as situações se transformam em experiências significativas por meio da relação terapeuta-paciente-atividades (TAKATORI, 2001).

Historicamente a utilização do trabalho como meio para beneficiar a pessoa com diagnóstico de transtorno mental está presente na assistência psiquiátrica. Desta forma, vale ressaltar que o tratamento moral, desenvolvido no século XVIII, tornou-se um marco na história da terapia ocupacional por influenciar fortemente suas práticas. No Brasil, tanto o tratamento moral quanto a terapia pelo trabalho foram trazidos pela família real. A terapia pelo trabalho também foi chamada de ergoterapia, praxiterapia e laborterapia, posteriormente, esses conceitos foram substituídos por terapia ocupacional. A utilização do trabalho com objetivos terapêuticos surge no Rio de Janeiro, com Juliano Moreira e com o serviço de terapêutica ocupacional em Engenho de Dentro, coordenado por Nise da Silveira e, em São Paulo, com Franco da Rocha (MEDEIROS, 2003; SOARES, 2007).

Desta forma, na área de psiquiatria, a terapia ocupacional tinha sua prática voltada

à assistência hospitalocêntrica, com o objetivo de ocupação, num processo de manutenção e organização dos hospitais e de reabilitação (BENETTON, 1994).

Segundo Mângia e Nicácio (2001) dois referenciais se tornaram importantes nos percursos de terapia ocupacional no campo da saúde mental: a perspectiva socioterápica e a perspectiva psicodinâmica. Sob a perspectiva socioterápica destacam-se a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional. No Brasil, a influência desses referenciais e sua relação com a terapia ocupacional estiveram presentes nas ações de Luiz da Rocha Cerqueira nos anos 1960 e 1970, sendo um grande defensor e incentivador da terapia ocupacional. Sob a perspectiva psicodinâmica destaca-se a abordagem psicodinâmica, introduzida nos EUA, por Gail e Jay Fidler; no Brasil a influência desses referenciais está nas ações de Maria José Benetton e colaboradores.

É importante ressaltar que a terapia ocupacional acompanhou a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, sendo a desinstitucionalização italiana inspiradora para as inovações nas práticas da terapia ocupacional no campo da saúde mental no Brasil. O objeto da ação terapêutica passa a ser a pessoa e suas necessidades e não a doença e os sintomas (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2005). Nesse contexto, a complexidade da vida cotidiana da pessoa passa a ser alvo da ação terapêutica, englobando os aspectos práticos, concretos, simbólicos, relacionais e materiais, de forma a produzir movimentos capazes de oferecer suportes, proteção e resolução de problemas que contribuam para a superação da situação existencial (MÂNGIA, 2002).

Nesse interim, estudos revelam que terapeutas ocupacionais brasileiros vêm adotando os pressupostos da reabilitação psicossocial como principal referencial teórico em suas práticas no cuidado em saúde mental (ALMEIDA; TREVISAN, 2011; RIBEIRO; MACHADO, 2008; WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

Assim, cabe à terapia ocupacional pontuar o quanto a sua formação e conhecimento sobre a atividade humana podem contribuir para que se alcancem os objetivos da reabilitação psicossocial. Diante das diversas transformações no campo da saúde mental, as identidades profissionais e a cisão entre diferentes práticas são frequentemente discutidas (ALMEIDA; TREVISAN, 2011). Desta forma, há uma grande heterogeneidade dessas práticas e os recursos da terapia ocupacional se mostram pontuais no cuidado oferecido no processo de desinstitucionalização, apesar desses recursos se articularem com outras especificidades no trabalho em equipe. Entretanto, as intervenções da terapia ocupacional no campo da saúde mental não requerem recursos sofisticados, mas necessitam de tecnologias que alcancem as demandas das pessoas com diagnóstico de transtorno mental, utilizando de

conhecimentos teóricos e técnicos (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

Portanto, a terapia ocupacional na área de saúde mental, mesmo sendo uma das áreas que possui um maior número de profissionais inseridos, necessita do desenvolvimento de pesquisas e relatos sobre as práticas desenvolvidas, especialmente pelos profissionais que vivenciam a clínica (WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

Nesta perspectiva, a terapia ocupacional percorre, juntamente com a saúde mental, caminhos que se deslocam dos modelos tradicionais de intervenção, buscando novos cenários que sejam capazes de realizar uma abordagem de fato biopsicossocial que ocupe espaços reais do habitar, do trabalhar, do conviver e em atividades do cotidiano significativas que permitam a participação ativa dos indivíduos no processo terapêutico e priorizem a liberdade de criação de todos envolvidos (ALMEIDA; TREVISAN, 2011; MÂNGIA, 2000; RIBEIRO; MACHADO, 2008; SARACENO, 1999).

Assim, a partir da reforma psiquiátrica, a política de saúde mental no país tem sofrido transformações. Adotam a concepção da reabilitação psicossocial e o território de vida das pessoas passa a ser o cenário de intervenção com vistas à inserção social (BEIRÃO; ALVES, 2010).

Atualmente, a atuação da terapia ocupacional desloca-se do campo hospitalar para os extra-hospitalares, como CAPS e outros locais, no quais todos possuem o objetivo da inserção social (BALLARIN; CARVALHO, 2007). Além disso, a constituição de redes de atenção psicossocial que trabalham rumo à implantação de uma rede integrada de base comunitária vem sendo estimulada sob a diretriz da reabilitação psicossocial. Nesses novos locais de atenção o terapeuta ocupacional deve levar a ampliação do cuidado e a possibilidade de resgate dos direitos de cidadania desses sujeitos (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Sobre a inserção do terapeuta ocupacional nas ações de saúde do país, sabe-se que 12.933 portarias foram publicadas pelo Gabinete do Ministro e pela Secretaria de Atenção à Saúde nos anos de 1998 a 2008, das quais 51 faziam referência à terapia ocupacional (BRASIL, 2008).

A inserção da terapia ocupacional no SUS está mais estruturada na política e serviços de saúde mental, para o qual a política de governo visa à consolidação do modelo de atenção comunitário de base extra-hospitalar, com vistas à integração social. Sendo assim, um dos maiores avanços da normatização do SUS para a profissão foi no ano de 2002, quando a terapia ocupacional ganha espaço dentro da política de saúde mental do SUS, na atuação em centros de atenção psicossocial (BEIRÃO; ALVES, 2010).

Um estudo revela que a atuação da terapia ocupacional no CAPS tem como

objetivo a promoção do resgate da autoestima, exercício de cidadania, melhoria na qualidade de vida e reinserção familiar, e, junto com os outros profissionais, suas ações e projetos terapêuticos visam à construção de espaços de troca e de convivência com os diferentes, valoriza a individualidade da pessoa, considerando-a como um ser expressivo, lúdico, criativo, social e com capacidade de desenvolver-se funcionalmente de forma mais independente e autônoma possível (BARROS, 2010). Outro estudo revela a atuação da terapia ocupacional em grupos terapêuticos, oficinas, atendimento individual e ao familiar, assembleia, acolhimento, triagem e atividades extra CAPS. No entanto, o estudo ainda revela que frente a todas essas atividades exercidas, comuns aos outros profissionais, a especificidade está na forma como olhar para elas (JUNS; LANCMAN, 2011).

Poucos estudos revelam a prática clínica dos terapeutas ocupacionais, especificamente nos CAPS, neste estudo, a proposta é discutir quais estratégias de cuidado o núcleo da terapia ocupacional utiliza para o processo de reabilitação psicossocial dos usuários e o quanto essas estratégias podem colaborar para o funcionamento ocupacional de forma mais independente nas atividades cotidianas.

Pensar em estratégias, portanto, refere-se ao conceito central no planejamento das ações de saúde e, trata-se de um meio de aplicar de forma eficiente os recursos existentes e possíveis para que se alcance determinados objetivos (HOUAISS, 2001).

Para tanto, as práticas terapêuticas ocupacionais tem revelado que pensar em funcionamento ocupacional de forma mais independente são inerentes às ações da profissão, em todos os campos de atuação, desta forma, é necessária uma discussão destes conceitos no cuidado em saúde mental.

1.1.3 Habilidades de vida independente, funcionamento ocupacional e terapia ocupacional

A proposta de discutir os conceitos de habilidades de vida independente e funcionamento ocupacional vem ao encontro com do referencial teórico da reabilitação psicossocial, o qual é proposto neste estudo.

Outra razão é o fato de que terapeutas ocupacionais brasileiros vêm adotando este referencial para a prática em saúde mental (ALMEIDA; TREVISAN, 2011; RIBEIRO; MACHADO, 2008; WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009).

A reabilitação psicossocial prevê que pessoas com diagnóstico de transtorno mental alcancem um nível de funcionamento independente na comunidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 1996) e, preocupa-se com a prevenção/redução das incapacidades (HIRDES; KANTORSKI, 2004).

Além disso, os objetivos da terapia ocupacional no cuidado em saúde mental corroboram com os pressupostos da reabilitação psicossocial, a partir da afirmação de que a pessoa com diagnóstico de transtorno mental tem possibilidades de construir uma vida na sociedade, em articulação com as diferentes esferas, sem perder sua individualidade, além de priorizarem a inserção social, o modo de produção social e as redes de relação (SALLES; BARROS, 2009).

Assim, as habilidades de vida independente aqui propostas referem-se ao grau de funcionamento nas diversas áreas da vida cotidiana, de forma independente. Tais habilidades envolvem atividades ocupacionais tais como: lazer, saúde, nutrição, finanças, autocuidado, uso de transporte, atividades domésticas, etc (LIBERMAN et al., 1993; WALLACE; LIBERMAN, 1985). Por meio das habilidades de vida independente é possível medir as habilidades funcionais básicas de vida de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, de forma abrangente, objetiva e focada no desempenho (WALLACE et al., 2000). Desta forma, a ação da terapia ocupacional é voltada para o desenvolvimento de habilidades, com intuito de construir um cotidiano para pessoas socialmente excluídas (BENETTON, 2001).

Rodrigues (2012) propõe algumas hipóteses, decorrentes do processo de institucionalização, que estariam relacionadas diretamente com as habilidades de vida independente: ser do sexo feminino; ser mais jovem; ter maior grau de escolaridade; ter maior renda; ter suporte familiar e social. Em contrapartida, estariam relacionadas inversamente com: co-morbidades; maior cronicidade do sofrimento psíquico; maior tempo de internação; e menor estrutura da rede de atenção psicossocial. Outros dados apontaram que o grau de evolução das habilidades de vida independente de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, antes e depois da desospitalização, correlacionou-se com o tempo de internação, o diagnóstico, a idade e o sexo (VIDAL; GONTIJO; BANDEIRA, 2007).

Desta forma, identificar as variáveis que influenciam o desempenho das habilidades de vida independente é relevante para a programação de estratégias de intervenções, visto que a reabilitação psicossocial possui um importante papel nas transformações ocorridas na assistência às pessoas com diagnóstico de transtorno mental, visando novas possibilidades de vida (RODRIGUES, 2012).

Vale ressaltar que pesquisadores nacionais apresentam de forma mais detalhada as

habilidades de vida independente e que estes estudos foram realizados em contextos de processo de desinstitucionalização, com o intuito de avaliar o impacto dos serviços substitutivos na vida de pessoas com diagnóstico de transtorno mental. Já para os pesquisadores internacionais, as habilidades de vida independente foram utilizadas como medida de associação entre o funcionamento social, padrões cognitivos, caracterização de sintomas e transtornos específicos e, além disso, como medida de avaliação de autonomia de pessoas que vivem na comunidade (RODRIGUES, 2012).

Outro estudo nacional avaliou o ajustamento social, por meio das habilidades de vida independente, de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia refratária, acompanhadas em grupos de atividades de terapia ocupacional, em nível ambulatorial. Os resultados apontam uma melhora significativa das habilidades de vida independente na população estudada após o acompanhamento nos grupos de atividades de terapia ocupacional (CIRINEU, 2011).

Assim, é importante avaliar, por meio de instrumentos de medida válidos e fidedignos, o nível de habilidades, nas diversas áreas da vida cotidiana, a fim de identificar objetivos mais pertinentes para os programas de reabilitação e monitorar posteriormente os efeitos desses programas na vida das pessoas (BANDEIRA; LIMA; GONÇALVES, 2003), incluindo os de terapia ocupacional.

Complementar à avaliação das habilidades de vida independente, este estudo propõe avaliar a percepção das pessoas com diagnóstico de transtorno mental quanto ao seu funcionamento ocupacional.

O que sugere que a pessoa seja avaliada quanto à potência que usa seu desempenho e suas áreas de habilidade (TEDESCO, 2000).

Para a Terapia Ocupacional o funcionamento ocupacional ou desempenho ocupacional é: “[...] o engajamento no dia-a-dia do indivíduo em ocupações que organizam a vida e que se relacionam a necessidades de manutenção, produtividade, lazer e satisfação em determinado meio ambiente” (TEDESCO, 2000, p. 3).

O Modelo da Ocupação Humana conceitua o funcionamento ocupacional como resultante de um sistema de interações entre a pessoa e as áreas ocupacionais (KIELHOFNER; BARRET, 2002). Alguns elementos caracterizam o conceito de funcionamento ou desempenho ocupacional como consistente para a prática do terapeuta ocupacional, tais como: o autocuidado, produtividade, lazer e a inter-relação desses com os papéis, ambiente, valores, entre outros (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA), 1981; KIELHOFNER, 2004).

Dois estudos nacionais referiram avaliar o funcionamento ocupacional, conforme

o conceito descrito acima. O primeiro avaliou o cotidiano de mulheres com problemas de obesidade e ressaltou a importância de se avaliar o funcionamento ocupacional para identificar as limitações que a obesidade pode gerar na vida destas pessoas. Aponta ainda que quando a autonomia e independência estão comprometidas isso pode repercutir na autoestima e no funcionamento ocupacional das pessoas, gerando grandes prejuízos no desempenho ocupacional (MORAIS, 2004). O segundo estudo avaliou o cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico e apontou que a avaliação permitiu perceber que a população estudada não era totalmente incapacitada para realizar seus afazeres cotidianos, por outro lado, os resultados indicaram a importância da atuação individualizada dos profissionais de saúde para o auxílio às pessoas que necessitam de alguma adaptação e/ou convívio com incapacidades em seu funcionamento ocupacional (BEZERRA; SANTOS, 2008).

Nesta perspectiva, considerando o exposto acima, é possível propor que as habilidades de vida independente e o funcionamento ocupacional estão articulados e relacionados com o desempenho ocupacional. O desempenho ocupacional pode ser definido pela realização de uma ocupação, resultante da interação entre a pessoa, o contexto e a atividade (CARLETO et al., 2010). Para a Prática da Terapia Ocupacional Centrada no Cliente há quatro componentes do desempenho: mental, físico, sociocultural e espiritual. A integração desses componentes resulta em 3 áreas de desempenho ocupacional: autocuidado, produtividade e lazer. O desempenho ocupacional resulta da articulação das condições ambientais, sociais, econômicas, físicas e culturais da pessoa (MÂNGIA, 2002).

Desta forma, a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) propõe alguns aspectos do domínio da terapia ocupacional, elencados no quadro 1, os quais estão diretamente relacionados com o desempenho ocupacional (CARLETO et al., 2010). Vale lembrar que os documentos elaborados pela AOTA são referências a nível mundial para a prática do terapeuta ocupacional.

Áreas de Ocupação	Fatores do Cliente	Habilidades de Desempenho	Padrões de Desempenho	Contextos e Ambientes	Demandas da Atividade
Atividades de Vida Diária (AVD)*	Valores, Crenças e Espiritualidade	Habilidades Percepto-Sensoriais	Hábitos Rotinas	Cultural	Objetos usados e suas propriedades
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	Funções do Corpo	Habilidades Prática e Motora	Papéis Rituais	Pessoal	propriedades
Descanso e Dormir	Estruturas do Corpo	Habilidades de Regulação Emocional		Físico Social	Demandas do espaço
Educação		Habilidades Cognitivas		Temporal	Demandas sociais
Trabalho Brincar		Habilidades Sociais e de Comunicação		Virtual	Sequência, tempo
Lazer					Ações requeridas
Participação Social *					Funções do corpo requeridas
Também se refere como atividades básicas da vida diária (ABVD)					Estruturas do corpo requeridas
ou atividades pessoais da vida diária (APVD)					

Quadro 1- Aspectos do Domínio da Terapia Ocupacional

As *áreas de ocupação* são classificadas como: atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social. Os *fatores do cliente* são habilidades específicas, características ou crenças que podem afetar o desempenho nas áreas de ocupação. Os fatores podem ser afetados pela presença ou ausência de doença, privação e deficiência, estão interrelacionados com as habilidades de desempenho, padrões de desempenho, demandas da atividade e contexto e ambiente. As *habilidades de desempenho* são definidas como aquelas que são demonstradas nas ações que as pessoas desempenham. *Padrões de desempenho* se referem aos hábitos, rotinas, papéis e rituais usados no processo de envolvimento em ocupações ou

atividades. O *contexto e ambiente* são os locais nos quais as pessoas desenvolvem suas ocupações. Todos estes aspectos repercutem nas *demandas de atividades* e vice-versa (CARLETO et al., 2010).

Desta forma, o contexto no qual a ocupação é desempenhada, as demandas específicas da atividade e as funções e estruturas do corpo, podem influenciar as habilidades para adquirir ou demonstrar habilidades de desempenho. Estas habilidades estão fortemente relacionadas e são usadas em combinação uma com outra para permitir que a pessoa desempenhe uma ocupação. O terapeuta ocupacional deve estar atento para observar e analisar as habilidades de desempenho, com intuito de compreender quais aspectos estão envolvidos na ocupação e no desempenho ocupacional (CARLETO et al., 2010).

É nesta perspectiva que o presente estudo se faz imprescindível, para verificar como se apresenta o cotidiano, com enfoque nas habilidades de vida independente e no funcionamento ocupacional de pessoas com diagnóstico de transtorno mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Reabilitação Psicossocial

Como pontos de partida para escolha do referencial teórico destacam-se o fato de terapeutas ocupacionais brasileiros adotarem este referencial como um dos principais em suas práticas em saúde mental. Esses profissionais estão engajados no processo de desospitalização e nos programas de base comunitária, nos quais as ações são voltadas para o território de vida das pessoas, promovendo autonomia e inserção social (ALMEIDA; TREVISAN, 2011; BENETTON, 2001; RIBEIRO; MACHADO, 2008; WACHHOLZ; MARIOTTI, 2009). E, o fato da população-alvo nas intervenções da terapia ocupacional se apresentar historicamente em vulnerabilidade de saúde ou social e acompanhada em processos de reabilitação psicossocial (LIBERMAN; TEDESCO; SAMEA, 2006).

As tecnologias de cuidado em saúde mental no Brasil, inclusive o referencial da reabilitação psicossocial, resultam do movimento da reforma psiquiátrica, o qual se caracteriza por um movimento social desigual e constante em torno da luta por direitos humanos às pessoas com diagnóstico de transtorno mental. Concomitantemente, a política pública de saúde mental cria dispositivos legais conforme uma atenção baseada na comunidade (PITTA, 2011). A reforma propõe uma transformação do modelo assistencial em saúde mental, o qual é concretizado pela constituição de uma rede de serviços de atenção que ultrapasse o subsetor saúde (YASUI, 2010).

Assim, a reabilitação psicossocial é um campo com inúmeras experiências, tanto em outros países quanto no Brasil, com intuito de aprofundar o debate acerca da necessidade de superação do modelo asilar (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

Segundo a International Association of Psychosocial Rehabilitation Services de 1985, a reabilitação psicossocial seria:

O processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (PITTA, 2001, p. 19).

Nesta perspectiva, a reabilitação psicossocial possibilita às pessoas com diagnóstico de transtorno mental um melhor funcionamento das aptidões práticas essenciais para a vida na comunidade (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

Há três fatores que influenciam o interesse pela reabilitação: a diminuição de pessoas internadas; a demanda de pessoas ainda hospitalizadas e o crescimento dos direitos dessas pessoas; e o fato da cultura da reabilitação estar relacionada ao crescimento do conhecimento psiquiátrico (HIRDES; KANTORSKI, 2004).

Outra perspectiva teórico-prática é o *recovery*, conceito principalmente utilizado nos EUA, Canadá e Nova Zelândia, porém que não possui um consenso sobre o significado do termo (FARKAS, 2007). Ultimamente, o conceito tem sido descrito como um estado de recuperação ou restabelecimento de funções psíquicas, físicas e sociais, no funcionamento cotidiano, poucos estudos discutem a concepção que não seja pela ideia de “cura” e “reabilitação”, estudos qualitativos e de revisão bibliográfica tendem a descrever o *recovery* como um estado em que a pessoa com diagnóstico de transtorno mental possa sentir-se capaz de criar seus próprios caminhos, priorizando a participação na vida, apesar da doença (BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015).

O *recovery* traz basicamente a noção de que as pessoas podem ser para além do sofrimento mental, com uma vida com significado na comunidade e propõe algumas dimensões para os programas de saúde mental orientados por esse conceito, tais como: prática baseada em evidência; missão do programa; políticas; procedimentos; registros; características dos profissionais (seleção, formação e supervisão); articulação com a rede (profissional de suporte) e prática com base em valores, na qual a pessoa é vista além de um paciente ou usuário, exercendo outros papéis sociais. Implica também, no envolvimento da pessoa no planejamento e avaliação e sugere um potencial de crescimento, ou seja mantém um sentimento de esperança, tanto dos usuários quanto do profissionais e uma crença na capacidade de se recuperar (FARKAS, 2007).

O *recovery* acredita na crença de como as pessoas podem se recuperar diante dos processos da institucionalização, do estigma social, isolamento, falta de oportunidades e participação social. O que se espera dos serviços de saúde mental orientados para o *recovery*, é a preocupação com o empoderamento e participação dos usuários, nos serviços de saúde e nos setores da sociedade, além de priorizar a horizontalidade das relações entre profissional de saúde e usuário, incluindo o usuário no projeto terapêutico (DUARTE, 2007). Além disso, enfatiza a experiência da pessoa frente ao adoecimento e a situação de vulnerabilidade e valoriza a relação com o próprio “eu” e como ele se supera frente ao estigma (CAROZZA, 2005). Significa ainda reconhecer que a pessoa tenha autodeterminação para superar as consequências, como falta de oportunidade, desemprego e dos sonhos que foram fragilizados (ANTHONY, 1993).

Um estudo que se propôs a compreender os conceitos de reabilitação psicossocial e *recovery* sugere que apesar de nascerem nos processos de desinstitucionalização e de superação do modelo asilar, a reabilitação psicossocial persiste com foco na doença, nas incapacidades e nas desabilidades, já o conceito de *recovery* enfatiza sobremaneira a autonomia e participação do indivíduo e pode potencializar os processos de reabilitação psicossocial. Entretanto, tal conceito parece ainda distante do conhecimento dos profissionais brasileiros (ANASTÁCIO; FURTADO, 2012). Neste sentido, para este estudo, optou-se pelo referencial teórico da reabilitação psicossocial, por ser o referencial mais conhecido e utilizado na realidade Brasileira.

Entretanto, apesar da reabilitação psicossocial embasar as políticas públicas de saúde mental brasileiras e se constituir numa importante ferramenta teórico-prática da reforma psiquiátrica, há de se problematizá-la para não reproduzir os velhos conceitos da psiquiatrização (PINTO; FERREIRA, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como um processo que tem como objetivo atingir o nível de funcionamento mais independente na comunidade, compreendendo os indivíduos como desabilitados, incapacitados ou deficientes (OMS, 1995). Neste sentido, a OMS classifica as estratégias de reabilitação voltadas para:

1) a disfunção, *impairment*, a qual é traduzida como alteração, deterioração ou diminuição da capacidade funcional, cujo cuidado se centra na ação farmacológica, psicoterápica, fisioterápica, etc; 2) a desabilitação corresponde à carência de habilidades para a vida diária, a qual necessita de técnicas voltadas para o treinamento de atividades da vida diária; e 3) a deficiência (*handicap*), desvantagem que o indivíduo apresenta “resultante de uma alteração prolongada do estado ‘normal’ do indivíduo” (PITTA, 2001, p. 20).

A terapia ocupacional nasceu sob o signo da reabilitação (BENETTON, 2001), entretanto, o termo “reabilitação” impõe sentido de normalidade, recobrança de crédito, restringe à remissão dos sintomas e não considera a pessoa além de seu quadro clínico, ocorrendo ações que implicam em torná-las hábeis para o meio social, entretanto, a ela deveria ser um processo de ressocialização e tomar como eixo central de todo seu trabalho a inclusão social (PITTA, 2001; RODRIGUES, 2012; TITTANEGRO, 2006).

Nesta perspectiva, é preciso chamar a atenção para a adaptação/substituição do termo “reabilitação” e entender que o processo da reforma psiquiátrica necessita, de fato, comprometer-se com o desenvolvimento de vida e de tudo que é habitual, que é cotidiano, ou seja, priorizar o social na reabilitação psicossocial propõe práticas em espaços da comunidade (BENETTON, 2001).

Portanto, é preciso entender a reabilitação pelo prisma do modo biopsicossocial, o que implica em efetivar práticas que transformem as condições de vida das pessoas com diagnóstico de transtorno mental, respeitando seu momento e sua singularidade (RODRIGUES, 2012). Por outro lado, é necessário apontar que a noção de biopsicossocial é uma visão complexa, a qual exige que não só o entendimento do sofrimento seja biopsicossocial, mas também as intervenções (SARACENO, 1998).

Desta forma, a reabilitação psicossocial representa um conjunto de programas e serviços que permitem possibilidades de vida para as pessoas com diagnóstico de transtorno mental severo e persistente, levando em consideração as necessidades e as oportunidades/recursos do contexto (PITTA, 2001). Além disso, o processo de reabilitação representa uma reconstrução de cidadania, ponto fundamental deste processo, e contratualidade, em três cenários: habitat, rede social e trabalho. O habitat refere-se à apropriação dos espaços em que se vive, a rede social refere-se às trocas sociais e o trabalho é o que promove a articulação dos campos de interesse, necessidades e desejos (SARACENO, 1999, 2001).

Assim ao pensar em cidadania, é interessante ressaltar que a partir do século XVII os homens nasciam iguais, livres e os direitos humanos à vida, à segurança e à liberdade eram considerados um ideal (KANTORSKI, 2005). Neste sentido, as efetivas transformações no campo da saúde mental, direcionadas pela reabilitação psicossocial, buscam resgatar a cidadania dos indivíduos, promovendo a autoconsciência destes, frente aos seus problemas, assim como a autonomia afetiva e social (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010). Além disso, a cidadania remete ao processo de emancipação dos indivíduos pela sociedade, ou seja, a tomada de consciência sobre a situação das pessoas com diagnóstico de transtorno mental, restabelecendo o poder contratual (HIRDES, 2009). Entretanto, não deve-se correr o risco de compreender esse direito de cidadania pela perspectiva da falta, ou seja, não se pode ter como meta a transformação do sujeito em “sujeito da vontade e da razão”, deve-se transformar esse lugar de igualdade produzido pela cidadania, deve haver um “tresloucamento”, criando espaços e novos sentidos da díade loucura-cidadania (PINTO; FERREIRA, 2010).

Esse exercício do direito é aprisionado pela instituição loucura, desta forma, a emergência de sujeitos de direitos efetiva-se pelas práticas no plano coletivo, as quais implicam em ações intersubjetivas, a partir da gestão coletiva e compartilhada do cuidado, com incorporação da autonomia dos usuários e dos direitos humanos. O que se aproxima de uma práxis em saúde que compreende o CAPS como meio para o usufruto do direito do

usuário, articulador de redes, promotor de processos de subjetivação que possam ser potencializados em outros encontros (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

Neste sentido, a falta deve ser entendida pela perda do poder contratual, o que pode repercutir no desempenho ocupacional das pessoas, gerando desabilidades, apesar de cada uma possuir um poder de aquisição, podendo algumas serem mais hábeis, outras menos hábeis, mais habilitadas ou menos habilitadas (SARACENO, 2001). Entretanto, a reabilitação não está ligada a substituição da desabilitação pela habilitação, mas sim a trocas de recursos e afeto, ou seja, é por meio das trocas que se cria um efeito “habilitador” (SARACENO, 1999). Assim, a desabilidade está relacionada ao fato das pessoas perderem a habilidade de gerar sentido, ou seja, as pessoas com diagnóstico de transtorno mental encontram-se numa posição de perda de poder, fora do contexto de produção, material e não material, portanto o processo de reabilitação psicossocial implica em oferecer espaços de troca e de produção de sentidos (SARACENO, 1998).

Desta forma, o entendimento de contratualidade sugere a ampliação da autonomia, isto é, a capacidade do indivíduo gerar normas e ordens para sua vida frente às diversas situações enfrentadas, além dos serviços funcionarem como um espaço intermediário, de passagem, na medida em que oferece aos usuários, um aumento de seu poder contratual (KINOSHITA, 2001; SANTOS et al., 2000).

Todavia, não basta reabilitar, é preciso engajar as pessoas na cidade, criar espaços existenciais para a loucura e não apenas comensurá-la pela noção de cidadania (PINTO; FERREIRA, 2010). Este é o sentido da reabilitação psicossocial, o de restabelecer a contratualidade de cidadão, e produzir sentido, de acompanhar as pessoas com diagnóstico de transtorno mental em espaços não protegidos, porém socialmente abertos, além da construção de serviços para a produção de sentidos (SARACENO, 1998).

De tal modo, para fortalecer a reabilitação psicossocial como uma verdadeira ferramenta teórico-prática da reforma psiquiátrica é preciso ainda: utilizar a micropolítica dos serviços como estratégia de transformação e incitar novos movimentos sociais; não reduzir a mais um dispositivo de controle e dominação; evitar que os serviços reproduzam a lógica da exclusão social; comprometimento político nas esferas estaduais e municipais, evitando a diluição dos recursos federais; desinstitucionalizar alguns conceitos da reforma psiquiátrica e torná-la um conceito forte; entender o conceito de saúde mental no discurso da reabilitação psicossocial, não pela abordagem biomédica; e compreender que lugar é esse de cidadão que a reabilitação almeja alcançar (PINTO; FERREIRA, 2010; PITTA, 2011; YASUI, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Verificar como a terapia ocupacional contribui para a reabilitação psicossocial de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, em Centros de Atenção Psicossocial.

3.2 Específicos

- Identificar as estratégias de cuidado utilizadas pelos terapeutas ocupacionais nos Centros de Atenção Psicossocial.
- Avaliar as habilidades de vida independente e o funcionamento ocupacional dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial atendidos pela terapia ocupacional.
- Relacionar as estratégias de cuidado utilizadas pela terapia ocupacional com as habilidades de vida independente e o funcionamento ocupacional dos referidos usuários.

4 MÉTODO

Foi realizado um estudo de método misto, por meio da estratégia de triangulação concomitante, conforme apresentado na figura 1. O método misto caracteriza-se por ser pragmático, no qual os pesquisadores são livres para fazerem suposições quantitativas e qualitativas. Os métodos utilizados podem ser predeterminados e emergentes, as questões são abertas e fechadas, com formas múltiplas de dados contemplando todas as possibilidades, a análise é estatística e textual. A estratégia de triangulação concomitante utiliza-se de métodos quantitativos e qualitativos como forma de compensar os pontos fracos de um método com os pontos fortes do outro. A coleta de dados quantitativos e qualitativos é simultânea, ocorrendo em uma única fase do estudo. Os resultados são integrados na fase de interpretação (CRESWELL, 2010).

Figura 1- Desenho do Projeto de Triangulação Concomitante

4.1 Locais

O estudo foi realizado em três Centros de Atenção Psicossocial, em três cidades do interior do Estado de São Paulo, sendo 1 CAPS I, 1 CAPS II e 1 CAPS III.

4.1.1 Caracterização dos locais

CAPS I

Localizado no interior do Estado de São Paulo, no município de Batatais, o CAPS I “Wilson Newton Barbosa” que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), abrange uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, realiza atendimento diário para adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS I “Wilson Newton Barbosa” foi inaugurado em maio de 2006 e conta com uma equipe mínima composta por 1 assistente social, 1 psicóloga, 1 enfermeira, 1 terapeuta ocupacional, 1 médico psiquiatra, 1 auxiliar administrativo, 1 servente geral e estagiários de psicologia e enfermagem. Atende por volta de 125 usuários. Os projetos realizados pelo serviço são: Educação de Jovens e Adultos (EJA); aulas de digitação e criação de Blog (inclusão digital); atendimentos individuais e grupais de psicologia e terapia ocupacional; atendimento médico; atendimento de enfermagem; visitas domiciliares; reunião de equipe; acolhimento; orientação familiar; festas e passeios e Dia da Beleza.

CAPS II

Localizado no interior do Estado de São Paulo, no município de Ribeirão Preto, o CAPS II “Prof. Dr. Cláudio Roberto Carvalho Rodrigues” que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), abrange uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, realiza atendimento diário para adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. O CAPS II “Prof. Dr. Cláudio Roberto Carvalho Rodrigues” foi inaugurado em 1995, junto ao ambulatório do distrito central e separado deste ambulatório em 2003. A equipe é formada por: 1 gerente, 1 terapeuta ocupacional, 2 médicos psiquiatras, 2 psicólogas, 1 assistente social, 2 enfermeiras, 2 auxiliares de enfermagem, 1 musicoterapeuta, 2 auxiliares de limpeza, 1 auxiliara de copa, 2 auxiliares administrativos, 1 porteiro, 1 recepcionista, estagiários de terapia ocupacional e psicologia e voluntários da Universidade de São Paulo. Atende por volta de 290 usuários. Os projetos realizados pelo serviço são: grupos

de terapia ocupacional; grupos terapêuticos; grupo de recreação; grupo de maquiagem; oficina de pintura em tecido; oficina de tear; oficina de artesanato; oficina de lego; sessão cinema; assembleia; salão de beleza (extra CAPS); acompanhamento terapêutico; atendimentos individuais; psicoterapia individual; grupos de musicoterapia; projeto café com arte; grupos de relaxamento; visita domiciliar; acolhimento; Avaliação do Profissional de Referência (APR); reunião de equipe; atividades socioculturais (visitas a exposições, teatros, parques e clubes); atividades físicas; reunião de família; encaminhamentos sociais (CRAS/CREAS/INSS); supervisão de medicação; administração dos medicamentos de alto custo e guia de referência.

CAPSIII

Localizado no interior do Estado de São Paulo, no município de Campinas, o CAPS III “Esperança”, que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), abrange uma população acima de 200.000 habitantes. O CAPS III “Esperança”, foi inaugurado em 2002, localiza-se na região leste de Campinas, fazendo parte dos serviços que estão sob a responsabilidade do Distrito de Saúde Leste (DSL), da Secretaria Municipal de Saúde. Este serviço é administrado diretamente pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, em cogestão com a Prefeitura Municipal de Campinas. Tem funcionamento de 24 horas e atende por volta de 300 usuários/mês. A equipe é formada por 3 equipes de referência compostas cada uma delas por profissionais de várias formações: médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social, enfermeiros etc. Cada equipe atende territórios específicos referenciados por Centros de Saúde. Os projetos realizados são: cuidados de enfermagem, médico, psicológico e terapêutico ocupacional; café da manhã, almoço, café da tarde, jantar e chá da noite; retaguarda noturna, com 8 leitos para internação; atendimento a crise subjetiva; articulação com a rede de Saúde, mais especificamente de saúde mental; matriciamento aos Centros de Saúde; dispensação de medicação; espaço de formação: residência médica, aprimoramento em saúde mental, estágios em psicologia, terapia ocupacional e enfermagem; espaços de escuta; atendimento terapêutico; saídas com os usuários; acompanhamento terapêutico; grupos e oficinas, tais como: grupo de tratamento; atendimentos individuais; grupo de caminhada; grupos terapêuticos; oficina de culinária; salão de beleza; grupo de costura; oficina de bijuteria; oficina de escrita; grupo de esporte; grupo de sorvete; oficina de Aperfeiçoamento

Musical (extra CAPS); oficina de Expressão Musical (extra CAPS); assembleia; reuniões de equipe; supervisões clínicas e institucionais e educação permanente.

4.2 Sujeitos

Participaram desta pesquisa, 47 pessoas com diagnóstico de transtorno mental, usuárias de três Centros de Atenção Psicossocial, 47 familiares e/ou responsáveis dessas pessoas e cinco terapeutas ocupacionais.

Os participantes foram divididos da seguinte forma:

CAPS I: 11 usuários e seus respectivos familiares e/ou responsáveis e um terapeuta ocupacional. Foram selecionados 14 usuários, entretanto um recusou e dois estavam internados.

CAPS II: 21 usuários e seus respectivos familiares e/ou responsáveis e um terapeuta ocupacional. Foram selecionados 23 usuários, entretanto um recusou e um não foi encontrado, apesar de várias tentativas de contato.

CAPS III: 15 usuários e seus respectivos familiares e/ou responsáveis e três terapeutas ocupacionais. Duas terapeutas ocupacionais selecionaram sete usuários cada e uma terapeuta ocupacional selecionou um usuário, conforme o critério de inclusão descrito no item seguinte. Todos os usuários selecionados aceitaram participar da pesquisa.

4.2.1 Critérios de inclusão

Para os usuários: de ambos os sexos, estarem em tratamento intensivo e/ou semi-intensivo no CAPS há pelo menos um ano, estarem sob o cuidado da terapia ocupacional há pelo menos um ano, estarem aptos a responderem o questionário, ter no máximo 85 anos, conforme descrição de um dos questionários e aceitarem a participação na pesquisa.

Especificamente no CAPS III, por contar com três terapeutas ocupacionais, a seleção dos usuários foi direcionada para aqueles que, além de seguirem os critérios de inclusão, fossem acompanhados apenas por uma terapeuta ocupacional, tendo em vista que a

maioria dos usuários circulava entre as três terapeutas ocupacionais.

Para os familiares e/ou responsáveis: estarem aptos a responderem o questionário e aceitarem a participação na pesquisa.

Para os terapeutas ocupacionais: aceitarem a participação na pesquisa.

4.3 Procedimentos

4.3.1 Considerações iniciais

Para verificação e treino da aplicação dos instrumentos, foi realizado um teste piloto, no CAPS I “Wilson Newton Barbosa”, no município de Batatais, em janeiro de 2013. A escolha deste CAPS deu-se pelo fácil acesso da pesquisadora, tendo em vista ser residente na mesma cidade e já conhecer a equipe do local. Tal procedimento, não previsto no projeto original, foi comunicado ao Comitê de Ética e autorizado pelo mesmo. Assim, a pesquisadora apresentou os objetivos da pesquisa à referida equipe, essa equipe ofereceu informações sobre o funcionamento do serviço e fez uma seleção prévia dos usuários seguindo os critérios de inclusão. Foi apresentada uma lista com 14 usuários, sendo que, destes, dois estavam internados e um recusou a participação. Desta forma, os 11 usuários possíveis, seus respectivos familiares e/ou responsáveis e o terapeuta ocupacional, foram informados do objetivo, aceitaram participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, que foram elaborados especificamente para o usuário (APÊNDICE A), para o familiar e/ou responsável (APÊNDICE B) e para o terapeuta ocupacional (APÊNDICE C).

No teste piloto não houve intercorrências, e, assim, deu-se continuidade a coleta de dados a partir do mês de fevereiro até junho de 2013. Três serviços foram selecionados, em três municípios, Ribeirão Preto, São Carlos e Campinas. Entretanto, no município de São Carlos, não foi possível a realização da pesquisa, devido à ausência de um profissional terapeuta ocupacional, previsto nos critérios de inclusão, durante os meses da coleta. Desta forma, tendo em vista que durante o teste piloto, no CAPS do município de Batatais, não houve dificuldade para aplicação dos instrumentos e não foi necessária nenhuma adaptação nos procedimentos, optou-se pela inclusão dos dados piloto na pesquisa. Os outros dois locais,

nos municípios de Ribeirão Preto e Campinas, aceitaram a participação e estavam de acordo com os critérios de inclusão. Assim, os CAPS dos dois respectivos municípios foram contatados pela pesquisadora responsável para uma apresentação dos objetivos da pesquisa e primeiro contato com o funcionamento dos serviços. Foi solicitada à equipe uma seleção prévia dos usuários seguindo os critérios de inclusão. Após esta seleção, os sujeitos receberam um convite, pela pesquisadora responsável, para a participação na pesquisa. O convite aos terapeutas ocupacionais foi realizado de forma verbal e individualmente, o convite aos usuários e/ou responsáveis foi realizado via contato telefônico. Assim, os usuários, seus familiares e/ou responsáveis e terapeutas ocupacionais, após o aceite, tiveram informações do estudo e os que estiveram de acordo receberam os termos de consentimento livre e esclarecido para assinatura.

4.3.2 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, seguindo as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sendo este aprovado sob o protocolo nº 1351/2011 (ANEXO A).

4.3.3 Procedimentos para coleta de dados

Para o desenvolvimento da coleta dos dados, incluindo o teste piloto, foram percorridos cerca de cinco meses, com início em janeiro de 2013 e término em junho de 2013. Depois de selecionados os sujeitos para as finalidades deste estudo, a pesquisadora responsável fez uma visita nos serviços a fim de obter informações sobre o funcionamento e rotina destes, principalmente em relação ao quadro de atividades e estratégias de cuidado oferecidas aos usuários. A partir desta informação foi dado enfoque nas estratégias de cuidado utilizadas pela terapia ocupacional. Os terapeutas ocupacionais foram contatados para descreverem as estratégias desenvolvidas pelo acompanhamento de terapia ocupacional. Para tanto, foi utilizado um roteiro de entrevista (APÊNDICE D), de modo que a entrevista foi

realizada nos próprios CAPS e gravada em um gravador de voz.

Concomitantemente, a pesquisadora responsável aplicou junto aos usuários um questionário sociodemográfico (APÊNDICE E), que foi elaborado com base em estudos anteriores (BEZERRA, 2006; MORAIS, 2004), para fins de melhor conhecimento do contexto dos usuários, além de uma entrevista semi-estruturada para obter a percepção do usuário sobre seu acompanhamento terapêutico ocupacional (APÊNDICE F). Também foram aplicados os instrumentos de avaliação: Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF) – (ANEXO B), aplicado ao usuário e preenchido por ele próprio, e o Inventário de Habilidades de Vida Independente para Pacientes Psiquiátricos (ILSS-BR) – (ANEXO C), aplicado a um familiar e/ou responsável e preenchido pela pesquisadora. Foi utilizado gravador de voz nas etapas das entrevistas com os usuários e terapeutas ocupacionais. Parte da coleta foi desenvolvida nas dependências de cada serviço, em uma sala reservada, entretanto alguns familiares e/ou responsáveis preferiram o contexto domiciliar para a realização das entrevistas. Uma consulta em prontuário também foi realizada para confirmação de alguns dados, tais como: diagnóstico, tempo no serviço, idade e frequência dos usuários nos serviços. A gerência e os usuários autorizaram a consulta.

Segue a descrição dos instrumentos.

Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF)

Trata-se de um questionário estruturado, desenvolvido pelo Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de Illinois, Chicago, por Baron e Curtin (1990) e traduzido para o português brasileiro, feito estudo de validade e confiabilidade por Tedesco (2000) e Tedesco et al. (2010).

Inicialmente a SAOF foi elaborada para ser utilizada na clínica da Terapia Ocupacional com pacientes adolescentes e adultos, denominando-se “*Strengths and Goals*”, que significaria “Forças e Objetivos”. Uma segunda versão foi desenvolvida em 1986, esta não foi utilizada em clínica, porém como base para um estudo de validação de conteúdo, o qual assegurasse que as questões contidas no formulário representariam os conceitos do Modelo da Ocupação Humana (TEDESCO, 2000). Vale lembrar então que as bases teóricas da SAOF são embasadas neste Modelo da Ocupação Humana, que destaca que a ocupação como inerente a condição humana e estabelece a relação da ação e do fazer dentro de

contextos temporal, físico e sociocultural, ou seja, motiva a ocupação quanto aos seus padrões de rotina do comportamento ocupacional, quanto à natureza do desempenho trabalhado e quanto à influência do meio ambiente (KIELHOFNER, 1995; KIELHOFNER; BARRET, 2002).

Possui 35 itens distribuídos em 7 áreas e cada item tem três níveis de resposta: *ponto forte, ponto adequado e ponto que necessita ser melhorado*; quantifica a percepção individual do paciente sobre as áreas de funcionamento ocupacional nas quais seu desempenho é avaliado como: *Muito Bom, Bom, Presença de Dificuldades*. Na versão adaptada essa pontuação caracteriza-se por: *sim* (ponto forte/adequado – muito bom/bom), *não* e *não sei* (precisa melhorar – presença de dificuldades) (TEDESCO et al., 2010). É aplicável para pacientes de 14 a 85 anos, de modo que as 7 áreas envolvidas são:

1. Causalidade Pessoal: refere-se à forma como o indivíduo se vê e suas expectativas de falhar ou ter sucesso nas ações, incluindo a sua percepção de capacidade de autocontrole, decisões e frustração.
2. Valores: atividades que são importantes para o indivíduo, padrões e objetivos estabelecidos.
3. Interesses: atividades de que o indivíduo gosta e tem prazer em realizar.
4. Papéis: papéis desempenhados na vida, incluindo o conhecimento e o desempenho de comportamentos e habilidades necessárias.
5. Hábitos: atos rotineiros, organização e execução das tarefas no cotidiano.
6. Habilidades: habilidades físicas e mentais que auxiliam na expressão, no contato social e na ação.
7. Meio Ambiente: variedade de local onde o indivíduo passa o tempo, incluindo as pessoas, os objetos e recursos sociais.

Várias mudanças ocorreram no instrumento e as diretrizes iniciais para seu uso foram expandidas e reescritas. Inicialmente o objetivo era de se utilizar o instrumento na clínica com o intuito de facilitar e orientar o processo terapêutico. Para o uso em pesquisas o instrumento é utilizado na identificação da percepção do próprio paciente em relação ao seu funcionamento ocupacional, inclusive a compreensão de suas forças, áreas de adequação e limitações; identificar os objetivos dos pacientes e suas prioridades de mudança; ampliar o conhecimento do terapeuta sob a forma pela qual o paciente vê o mundo e o significado de suas experiências relacionadas ao seu funcionamento (TEDESCO, 2000).

Inventário de Habilidades de Vida Independente para Pacientes Psiquiátricos (ILSS-BR)

A versão original da escala Independent Living Skills Survey (ILSS) foi elaborada por Wallace, Kochanowicz e Wallace (1985), e validada para o Brasil por Lima, Bandeira e Gonçalves (2003), com o objetivo de medir as habilidades de vida independente dos pacientes com doença mental grave e persistente, em diversas áreas do seu funcionamento na vida cotidiana. A escala possui duas versões: uma para ser aplicada diretamente aos pacientes e a outra para ser aplicada a um informante, seja ele um membro da equipe de saúde mental ou um membro da família, a versão utilizada neste estudo refere-se aquela a ser aplicada a um informante.

A versão adaptada para o Brasil, denominada ILSS-BR, possui 84 itens distribuídos em 9 subescalas que avaliam o funcionamento dos pacientes psiquiátricos em nove áreas da vida cotidiana, em termos da frequência em que eles apresentam as habilidades básicas para funcionar de forma independente na comunidade. As áreas avaliadas referem-se a atividades relacionadas a: alimentação, cuidados pessoais, atividades domésticas, preparo e armazenamento dos alimentos, saúde, lazer, emprego e transporte. É uma escala do tipo Likert de 5 pontos (0 - nunca, 1- algumas vezes, 2- com frequência, 3- na maioria das vezes, 4 - sempre), de acordo com a frequência com que o paciente realizou, no último mês, as atividades cotidianas necessárias ao seu funcionamento independente na comunidade, o nível mais elevado de habilidades de vida independente será quanto mais próximo ele estiver do valor máximo 4. Quando não for possível responder a questão, por não oportunidade de desenvolver a habilidade ou não se aplicar ao caso, caracteriza-se como NO, nenhuma oportunidade (BANDEIRA; LIMA; GONÇALVES, 2003; LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003).

4.3.4 Procedimentos para análise dos dados

Por se tratar de um método misto, a análise foi realizada separadamente, conforme apresentado na figura 1. Para análise dos dados provenientes dos instrumentos, estes foram sistematizados e alimentaram um banco, a partir da criação de um *codebook* e realizada dupla

digitação para validação, o banco foi construído por meio do software Statistical Package of Social Science (SPSS) 16.0, que serviu de base para a geração de tabelas com testes da estatística descritiva. Por se tratar de uma análise estatística descritiva, foram extraídas as frequências e porcentagens das respostas para cada item, para cada subescala ou domínio e para o total global de cada instrumento. Para a análise dos dados provenientes das entrevistas e a relação entre as estratégias de cuidado utilizadas pela terapia ocupacional, as habilidades de vida independente e o funcionamento ocupacional, optou-se pela análise de conteúdo temática. A análise de conteúdo organiza-se em torno de três polos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais mais recorrentes e ou relevantes, aponta os núcleos de sentido, os quais possuem algum significado para o objetivo da pesquisa, além de ser considerada bastante apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde (BARDIN, 2011). Optou-se por analisar os dados pelo total, ou seja, na análise estatística foi considerado o total de usuários (n=47), familiares e/ou responsáveis (n=47) e, na análise qualitativa, considerou o total de terapeutas ocupacionais (n=5) e total de usuários (n=47), visto que não era objetivo fazer comparações entre os CAPS. Portanto, a discussão se guiará pelo resultado total das análises, assim, o resultado será apresentado da mesma maneira.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três partes, a saber: 1ª) Caracterização e dados sociodemográficos dos usuários, 2ª) Etapa qualitativa e 3ª) Etapa quantitativa.

5.1 Caracterização e Dados Sociodemográficos

Tabela 1 – Sexo, idade, estado civil e religião dos usuários (n=47). Ribeirão Preto – 2013

	F	%
SEXO		
Feminino	27	57,4
Masculino	20	42,6
IDADE		
30 a 39 anos	13	27,6
40 a 49 anos	15	31,9
50 a 59 anos	12	25,5
60 a 69 anos	07	14,9
ESTADO CIVIL		
Solteiro(a)	25	53,2
Casado(a)	05	10,6
Vivendo consensual	04	8,5
Divorciado/Separado(a)	12	25,5
Viúvo(a)	01	2,1
ESCOLARIDADE		
1º grau incompleto	22	46,8
1º grau completo	05	10,6
2º grau incompleto	03	6,4
2º grau completo	13	27,7
Superior incompleto	01	2,1
Superior completo	03	6,4
RELIGIÃO		
Católico	21	44,7
Espírita	04	8,5
Evangélico	16	34,0
Protestante	01	2,1
Outras	03	6,4
Não tem religião	02	4,3

Na tabela 1 observa-se que os usuários participantes do presente estudo são em sua maioria do sexo feminino, com idade na faixa etária entre 40 a 49 anos, solteiros com o 1º grau incompleto, das religiões católica e evangélica.

Tabela 2 – Tipo de habitação, renda individual e renda familiar dos usuários (n=47). Ribeirão Preto – 2013

	F	%
HABITAÇÃO		
Própria	20	42,6
Financiada	02	4,3
Alugada	13	27,7
Cedida	06	12,8
Outras/Casa de repouso/Pensão	05	10,6
Não responderam	01	2,1
RENDA INDIVIDUAL		
Não tem renda	02	4,3
Até 1 salário	25	53,2
1 a 3 salários	13	27,7
3 a 5 salários	01	2,1
5 a 15 salários	01	2,1
Não responderem	05	10,6
RENDA FAMILIAR		
Até 1 salário	02	4,3
1 a 3 salários	13	27,7
3 a 5 salários	01	2,1
5 a 15 salários	01	2,1
Não responderam	30	63,8

Na tabela 2 observa-se que a maioria dos usuários mora em casa própria, com renda individual em torno de um salário mínimo e renda familiar entre um a três salários mínimos. Destaca-se que alguns usuários não responderam a renda individual e familiar, por desconhecerem tal informação.

Tabela 3 – Ocupação anterior e atual e ocupação do tempo pelo o usuário (n=47). Ribeirão Preto – 2013

	F	%
OCUPAÇÃO ANTERIOR		
Diarista/doméstica/faxineira/limpezas em geral	10	21,3
Bico	01	2,1
Auxiliar de escritório	04	8,5
Vendedor(a)	06	12,8
Auxiliar de copa e cozinha	01	2,1
Serviços gerais(pedreiro/encanador/mecânico)	06	12,8
Bancário	01	2,1
Funcionário Público	04	8,5
Fiscal Rural	02	4,3
Garçom	01	2,1
Fábrica/produção	03	6,4
Salão de beleza	01	2,1
Caixa de mercado	01	2,1
Marketing	01	2,1
Jardineiro	01	2,1
Costureira	01	2,1
Nenhuma	01	2,1
Não respondeu	02	4,3
OCUPAÇÃO ATUAL		
Do lar	08	17,0
Desempregado(a)	09	19,1
Aposentado(a)	19	40,4
Serviços gerais	01	2,1
Afastado(a) por licença saúde	03	6,4
Em experiência	01	2,1
Oficina de vitral	01	2,1
Aposentado(a) e Oficina de Vitral	02	4,3
Nenhuma	02	4,3
Não respondeu	01	2,1
COMO OCUPA O TEMPO		
Assistir TV, filme	22	46,8
Ouvir música	19	40,4
Passear (biblioteca/cinema/shopping/clube)	11	23,4
Tarefas domésticas	09	19,1
Reunir com a família e amigos	08	17,0
Atividades físicas (jogos/caminhada/corrida)	07	14,8
Dormir/descansar	06	12,7
Artesanato(crochê/desenho/tapete)	07	14,8
Vai a igreja	03	6,3
Cuidar das plantas	03	6,3
Ler (revistas/livros/bíblia)	08	17,0
Namorar	02	4,3
Dançar e Cantar	02	4,3
Viajar	01	2,1

Na tabela 3 observa-se que maioria dos usuários possui como ocupação anterior serviços de diarista, doméstica, faxineira e limpezas em geral e atualmente está aposentada ou desempregada. A maioria ocupa o tempo livre assistindo TV ou ouvindo música.

Tabela 4 – Número de filhos, número de pessoas que moram junto e grau de parentesco dos usuários (n=47). Ribeirão Preto – 2013

	F	%
NÚMERO DE FILHOS		
Nenhum	21	47,7
1 filho	05	10,6
2 filhos	10	21,3
3 filhos	05	10,6
4 filhos	02	4,3
6 filhos	03	6,4
8 filhos	01	2,1
NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM JUNTO		
Ninguém	09	19,1
1 pessoas	16	34,0
2 pessoas	07	14,9
3 pessoas	06	12,8
4 pessoas	04	8,5
5 pessoas	02	4,3
7 pessoas	02	4,3
> 7 pessoas	01	2,1
GRAU DE PARENTESCO		
Filhos	10	21,3
Esposo (a)	09	19,1
Madrasta/padrasto	05	10,6
Mãe ou pai	12	25,5
Nora/genro	01	2,1
Netos	02	4,3
Avô/Avó	01	2,1
Irmãos	08	17,0
Namorada(o)	02	4,3
Cunhada (o)	01	2,1
Amigos	06	12,8
Outros familiares	05	10,6

Na tabela 4 verifica-se que a maioria dos usuários possui filhos, mora com apenas uma pessoa, sendo essa o pai ou a mãe, os filhos ou esposo(a). Destaca-se que 9 usuários moram sozinhos e 21 não possuem filhos.

Tabela 5 – Rede de apoio dos usuários (n=47). Ribeirão Preto – 2013

	F	%
CONTA COM PESSOAS		
Sim	46	97,9
Não	01	2,1
COM QUEM CONTA		
Filhos	14	29,8
Pai ou mãe	12	25,5
Irmãos	07	14,9
Amigos	05	10,6
Profissional do CAPS	04	8,5
Esposo (a)	02	4,3
Outros familiares	02	4,3
Não respondeu	01	2,1

Na tabela 5 observa-se que a maioria dos usuários possui alguma pessoa como rede de apoio quando necessitam de ajuda, destacando os filhos, seguido do pai ou mãe. Demais redes são citadas, como outros familiares, amigos ou o profissional do CAPS.

Tabela 6 – Tempo no serviço, tipo de tratamento e acesso ao serviço (n=47). Ribeirão Preto – 2013

	F	%
QUANTO TEMPO NO CAPS		
1 a 2 anos	02	4,3
3 a 5 anos	14	29,8
6 a 8 anos	14	29,8
9 a 11 anos	08	17,0
>12 anos	09	19,1
TIPO DE TRATAMENTO		
Intensivo	33	70,2
Semi-intensivo	14	29,8
COMO CHEGA AO CAPS		
Ônibus sozinho	27	57,4
À pé sozinho	10	21,3
Acompanhado	07	14,9
Moto sozinho	01	2,1
Carro sozinho	01	2,1
À pé sozinho + ônibus sozinho	01	2,1

Na tabela 6 observa-se que a maioria dos usuários está no serviço de três a oito anos, em tratamento intensivo e vão sozinhos até o CAPS. Destaca-se que 9 usuários estão há mais de 12 anos no serviço e que apenas 14 estão em tratamento semi-intensivo, 7 deles precisam ser acompanhados até o CAPS.

Tabela 7 – Diagnósticos dos usuários (n=47). Ribeirão Preto – 2013

	F	%
DIAGNÓSTICO/CID		
F.0.60 Transtorno Mental devido lesão e disfunção cerebral e doença física	01	2,1
F.19 Transtorno Mental devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	01	2,1
F.20 Esquizofrenia	18	38,3
F.20.1 Esquizofrenia hebefrênica	02	4,3
F.23.1 Transtorno psicótico agudo polimorfo com sintomas esquizofrênicos	01	2,1
F.25 Esquizaafetivo	03	6,4
F.31 Transtorno Afetivo Bipolar	05	10,6
F.31.6 Transtorno Afetivo Bipolar episódio atual misto	01	2,1
F.31.7 Transtorno Afetivo Bipolar atualmente em remissão	03	6,4
F.32.1 Episódio Depressivo moderado	02	4,3
F.33 Transtorno depressivo recorrente	04	8,5
F.60.2 Personalidade dissocial	02	4,3
F.60.3 Transtorno de personalidade com instabilidade emocional	02	4,3
F.60.4 Personalidade Histriônica	01	2,1
F.70 Retardo mental leve	01	2,1

Na tabela 7 são apresentados os principais diagnósticos encontrados nos CAPS, os quais foram: transtornos do pensamento, destacando a esquizofrenia; transtornos do humor, destacando o transtorno afetivo bipolar; e transtornos de personalidade.

Tabela 8 – Interferência do transtorno mental na vida dos usuários (n=47). Ribeirão Preto – 2013

	F	%
TRANSTORNO INTERFERE		
Sim	38	80,9
Não	09	19,1
COMO INTERFERE		
Não consegue trabalhar	12	25,5
Dificuldade de se relacionar com as pessoas	12	25,5
Não consegue sair de casa	04	8,5
Sofre algum tipo de estigma	05	10,6
Dificuldade de expressar e comunicar	04	8,5
Sintomas atrapalham (alucinação/perseguição)	05	10,6
Dificuldade com cuidados pessoais	01	2,1
Efeitos colaterais da medicação (perda de memória/falta de concentração/fraqueza/sonolência/perda da coordenação motora)	08	17,0
Não consegue fazer compras/ir ao banco	02	4,3
Não consegue estudar	03	6,3
Não consegue dormir	02	4,3
Instabilidade emocional (choro fácil/tristeza/desconfiança/irritabilidade/ansiedade)	06	12,7
Não consegue realizar atividades domésticas	10	21,3
Perda do prazer (comer/conversar)	01	2,1
INTERFERE NO RELACIONAMENTO COM PESSOAS EM GERAL		
Sim	28	59,6
Não	17	36,2
Não sei	02	4,3
COM AMIGOS		
Sim	25	53,2
Não	19	40,4
Não sei	03	6,4
COM FAMILIARES		
Sim	26	55,3
Não	20	42,6
Não sei	01	2,1

Na tabela 8 verifica-se que para a maioria dos usuários o transtorno mental interfere em seus cotidianos. Destaca-se não conseguir trabalhar; dificuldade de se relacionar com as pessoas, incluindo pessoas em geral, amigos e familiares; não conseguir realizar atividades domésticas e efeitos colaterais da medicação.

5.2 Etapa Qualitativa

Após a leitura flutuante, prevista na pré-análise, e exploração exaustiva do material, foram identificadas categorias temáticas, a partir de analogias, conforme o objetivo de cada questão apresentada nas entrevistas. Optou-se por apresentar os dados em quadros, conforme orientações do método misto utilizado. Nos quadros 2, 3, 4 e 5 estão apresentadas as categorias temáticas referentes às entrevistas com os terapeutas ocupacionais.

Categorias temáticas	Resultados
1. Cuidado Integral	<p><i>...engloba tudo, cuidado com a higiene, na alimentação, na casa, no trabalho (...) é mais que uma cabeça em crise...</i></p> <p><i>...três áreas: autocuidado, trabalho, lazer...</i></p> <p><i>...pensar o indivíduo como um todo, o cuidado é global (...) observar aspecto psicológico, emocional, dificuldades motoras...</i></p> <p><i>...o que é possível fazer pra sofrer menos, com a doença dele, com a sintomatologia...</i></p>
2. Cuidado Singular	<p><i>...cada um que chega pode vir com um CID igual, mas o cuidado é tão diferenciado, é tão de um pra um...</i></p> <p><i>...é respeitando todo esse processo que ele viveu.</i></p>
3. Cuidado Interdisciplinar e Intersetorial	<p><i>...trabalho em equipe, a gente divide funções...</i></p> <p><i>...a gente consegue fazer essa articulação entre CAPS e Centro de Saúde...</i></p> <p><i>...buscar essa integração fora daqui, um trabalho, uma ocupação fora daqui...</i></p> <p><i>...tem reuniões de matriciamento...</i></p>

Quadro 2 – Percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o cuidado em saúde mental. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2013. Ribeirão Preto – 2013.

No quadro 2 destaca-se três categorias temáticas relacionadas a percepção sobre o cuidado em saúde mental, sendo elas: cuidado integral; cuidado singular e cuidado interdisciplinar e intersetorial.

Estratégias de Cuidado	Resultados
Estratégias de Cuidado Integral <ul style="list-style-type: none"> - Visita Domiciliar; - Atendimento ao familiar; - Acompanhamento Terapêutico; - Grupos; - Oficinas; - AVD's; - Assembleias 	<p><i>...visita domiciliar, que eu acho isso muito importante, porque a gente tem que perceber o paciente né como um todo, então não dá para ver o paciente só aqui, mas como ele vive em casa? Como ele se relaciona?...</i></p> <p><i>...eu acho que o grupo é rico, o grupo proporciona uma interação com o outro...</i></p> <p><i>...a assembleia, que acho que a partir daí que eles começam adquirir esse exercício da cidadania mesmo...</i></p> <p><i>...cuidado com a higiene, acompanhar na alimentação, no almoço, no jantar, no café da manhã, é essa parte da AVD sempre me chama muito atenção assim, na saúde mental assim, porque eu acho que isso faz com que o sujeito se reorganize sabe...</i></p>
Estratégias de Cuidado Singular <ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento e escuta - Atendimento Individual; - Atendimento à crise; - Triagem/Avaliação; - Acompanhamento Terapêutico; 	<p><i>...as atividades são bem variadas, de acordo com que eu escuto naquele momento de cada um...</i></p> <p><i>...mas o cuidado é tão diferenciado, é tão de um pra um...</i></p> <p><i>...minhas estratégias eu tenho pensando com cada paciente...</i></p> <p><i>...espaço de escuta, um espaço pra poder se expressar, seja pela via de uma atividade expressiva, corporal, aquilo que é né, tiver dentro de uma escuta...</i></p> <p><i>...durante um tempo ficar quieta só observando, ajudando a perceber que tem alguém do lado, que existe alguém além daquilo que ta produzindo na cabeça dele, que é possível estar próximo de outro, se relacionar, mesmo que do que jeito dele...</i></p> <p><i>...a gente tem conseguido dar controle sim, no leito noite...</i></p>

continua...

Estratégias de Cuidado	Resultados
<p>Estratégias de Cuidado Interdisciplinar e Intersectorial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Articulação com a rede de saúde e outros setores da comunidade; - Grupos; - Oficinas de geração de renda; - Atividades socioculturais; - Matriciamento em Saúde Mental - Discussão de casos. 	<p><i>...faço acolhimento, faço a avaliação do profissional de referência né, a gente vê o que vai ser bom junto com o usuário e familiar pra ele no tratamento né...</i></p> <p><i>...tem uma que a gente tá montando um quebra-cabeça, mas a gente comprou esse quebra-cabeça num acompanhamento terapêutico, a gente foi até ao shopping...</i></p> <p><i>...o salão de beleza que eu e a L. fomos lá e conseguimos essa parceria já há anos (...) é uma escola de cabeleireiro na comunidade, onde eles vão sozinhos...</i></p> <p><i>...acho que o pilar básico do trabalho é levar para a comunidade né, todos os produtos que a gente faz aqui tenta vender né e trabalhar como uma cooperativa...</i></p> <p><i>...eu preciso estar, como eu falei, no supermercado eu vou né, se eu tiver que ir no centro de convivência, se tiver que ir no centro de saúde, se eu tiver que ir na casa dela, ficar lá, passear pelo bairro, ajudar ela fazer laço com vizinho, com a padaria, assim, eu lanço mão de tudo que é possível né...</i></p> <p><i>...aqui é um trabalho interdisciplinar, a gente faz estratégias muito no campo da saúde mental, às vezes não muito no núcleo (...) eu to em todos esses espaços, assim como os outros profissionais, porque eu falo da rotina...</i></p> <p><i>...várias pessoas exercem as mesmas funções (...) todo mundo faz grupo, eu faço grupos com psicólogos, com enfermeiros né, mas eu acho que o olhar continua assim, é muito diferente (...) de entender aquela rotina que a pessoa fez desde quando acordou até à noite...</i></p> <p><i>...é o matriciamento, quando a gente pode discutir fora daqui com a rede e criar uma assistência fora sabe, ampliar essa assistência...</i></p> <p><i>...os casos mais graves, os Centros de Saúde, eles tentam trocar com a gente, uma vez por mês a gente tem uma reunião de matriciamento...</i></p>

conclusão.

Quadro 3 – Estratégias de cuidado utilizadas pelos terapeutas ocupacionais. Ribeirão Preto - 2013

No quadro 3 observa-se que as estratégias utilizadas pelos terapeutas ocupacionais são direcionadas conforme o entendimento e percepção sobre o cuidado em saúde mental, o que possibilitou distribuí-las conforme as três categorias iniciais sobre o cuidado. Destaca-se que as estratégias utilizadas não representam procedimentos específicos da terapia

Categorias temáticas	Resultados
Funcionamento Ocupacional	
1. Funcionalidade/ desempenho	<p>...a funcionalidade dele tem a ver com aquilo que ele me traz...</p> <p>...recuperar algumas coisas perdidas...</p> <p>...seria algo mais específico, de qual é a função pra determinadas ações...</p> <p>...o que é do dia-a-dia deles (...) questão da praticidade, da habilidade mais desenvolvida, cortar uma maça (...) uma dificuldade mais específica...</p>
2. Se perceber em funcionamento	<p>...se ela tem facilidade pra aquilo ou não...</p> <p>...descobrir outras coisas que eles nem supunham que tinham...</p>
3. Produtividade/trabalho	<p>...encaminhar pra uma oficina de trabalho (...) acompanhar o desejo de querer trabalhar em algum lugar...</p> <p>...conseguir arrumar um emprego (...) alguns até conseguem arrumar algum trabalho...</p>
Habilidades de Vida Independente	
1. Independência e autonomia no cotidiano	<p>...conseguir fazer as coisas mais básicas possíveis, escovar os dentes, tomar banho, desde a mais básica para as mais complexas, que é por exemplo, negociar a medicação de alto custo...</p> <p>...recursos internos para poder gerenciar a própria vida, num ter que depender de ninguém pra fazer suas coisas né...</p> <p>...tornar a pessoa mais independente mesmo, é ter sua autonomia (...) conseguir se cuidar, conseguir arrumar seu quarto, conseguir arrumar sua cama...</p> <p>...habilidades de vida diária, que a pessoa possa ter uma independência, uma autonomia pra fazer sua higiene, as suas atividades de ir pegar um ônibus, sair, ir no mercado fazer compras...</p> <p>...uma independência naquilo que diz respeito ao cotidiano dela, a gestão cotidiana...</p>

Categorias temáticas	Falas
1. Compreensão e ampliação do cotidiano	<p>...quando eu falo do grupo de salão de beleza [...] ta dando certo, é quando eles vão ao podólogo, quando eles falam pra mim que eles compraram a prestobarba [...] então esses cuidados fora daqui, na pensão, em casa, o grupo favorece, o grupo favorece com que os outros venham e participem e chamem o outro e falem olha cê ta feio cara, cê ta cabeludo, olha isso, eles mesmos se criticam e chamam a atenção um do outro, é, sobre o funcionamento ocupacional...</p> <p>...no currículo, ta ajudando a elaborar, pra onde vai mandar, isso sim, mas eles vão sozinhos pra fazer as coisas deles...</p> <p>...acho que depende muito deles, não só deles, depende também de toda gestão da saúde mental, depende da equipe, porque eu entendo que a TO faz a contribuição da parte dela [...] então a gente tenta pensar nessa independência, nessa autonomia, nessa reabilitação, mas eu acho que depende muito dos outros fatores externos...</p> <p>...acho que pelo próprio relato deles né, como eles chegam aqui e como eles vão superando as coisas, como estão agora, a participação né, a integração, acho que tudo isso vai dando sinais...</p> <p>...quando atendo no grupo [...] eu consigo ver, ele vai me dando dados pela escrita ou pelo desenho, pelo jeito que ele fala ou como fica no grupo, pelo jeito como ele conversa com as outras pessoas ou como ele se dirige a minha pessoa, enfim, como ele ta ali na sala, ele vai me dando indícios de como que ele ta né, em relação ao quadro psíquico e em relação em tudo na vida dele [...] de perceber como ele ta...</p> <p>...acho que associa ai com habilidade de vida independente e funcionamento ocupacional são as visitas domiciliares e os acompanhamentos terapêuticos, eu acho que poder sair com o paciente seja pra ir na feira, aqui pertinho ou na padaria tomar um café ou algo que ele precise, ou até um acompanhamento no médico, ir com ele, vê como que é isso, eu acho que isso é muito interessante, pegar ônibus né, eu acho que ai eu consigo ver muito mais [...] eu consigo ver quando eu to ali no território mesmo mais ainda, na vida real...</p> <p>...eu tento apostar que eles possam ta na vida, que ele possa fazer outras coisas fora, entendo com ele o que ele tem feito fora do espaço do CAPS né, aquele que tem maior dificuldade é aquele que a gente vai acompanhar [...] a gente vai acompanhar de outro jeito...</p> <p>...a gente tem um leque de coisas que a gente pode fazer de estratégias, mas isso vai no tempo do paciente, é claro que a gente tem que propor também, não dá pra entrar na amorosidade desse tempo do paciente, porque muitos não querem nunca sair dessa dinâmica, a gente convida, a gente chama, a gente tenta, a gente senta do lado, convida, mas alguns não, não vão e outros tem sucesso de você conseguir com que a pessoa amplie mesmo a vida dela, no sentido de fazer mais coisas no dia-a-dia, além de ir na oficina de trabalho, mas o que mais ela pode preencher...</p> <p>...tem uma que eu fui acompanhando e a gente sempre tirava fotos das nossas saídas, nisso ela juntou dinheiro, comprou máquina de foto né e tira foto e tudo, a gente se encontra pra revelar foto, organizar foto e alguém que se sente muito sozinha e tinha várias internações, sempre tava em leito, agora consegue, eu to contanto geral, porque outras coisas aconteceram no caso, outras pessoas estavam envolvidas no cuidado, mas que eu vejo muito resultado...</p> <p>...na minha concepção, ajudar o outro a conseguir se comunicar, a dizer oi, é uma forma de poder ter a sua função né, a partir de um oi, a sua vida ocupacional....</p>

Quadro 5 - Percepção dos terapeutas ocupacionais sobre como as estratégias de cuidado contribuem para o funcionamento ocupacional e habilidades de vida independente. Ribeirão Preto - 2013

No quadro 5 observa-se a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre como as estratégias de cuidado podem contribuir para o funcionamento ocupacional e para as habilidades de vida independente, o que resultou em uma única categoria temática: compreensão e ampliação do cotidiano. Destaca-se que nesse quadro as falas dos terapeutas ocupacionais abrangem não só as estratégias, mas relatos da clínica.

Nos quadros 6, 7 e 8 estão apresentadas as categorias temáticas referentes às entrevistas com os usuários.

Categorias temáticas	Falas
1 Bem-estar, autoestima e motivação	<p>...é o único jeito que eu acho refúgio...</p> <p>...porque naquele dia eu to pintando e já minha mente abre...</p> <p>...me dá mais alegria né, sou mais eu...</p> <p>...é prazeroso saber que você sabe fazer uma atividade diferente de outra né...</p> <p>...ajuda a relaxar um pouco a cabeça também, porque eu sou muito tenso né...</p> <p>...eu renovo as energias e fico muito contente de passar todas as terças-feiras pela doutora...</p> <p>...ajuda a cabeça...</p> <p>...sente leve né...</p> <p>...desenvolve a mente...</p> <p>...eu tenho o prazer de pintar o pano de prato, então contribui pra me animar, a fazer as coisa...</p> <p>...eu sinto útil fazendo essas coisas, eu sinto prazer...</p> <p>...sinto capaz de realizar alguma coisa...</p> <p>...me dá força...</p> <p>...liberta meu coração...</p> <p>...eu sinto alívio, num penso em coisa ruim...</p> <p>...me traz alegria...</p> <p>...ah melhorar a forma da gente pensar...</p> <p>...eu vou pra casa mais tranquila...</p> <p>...eu me sinto mais segura...</p> <p>...quando eu termino um trabalho, eu olho assim e falo, meu Deus será que foi eu mesma que fiz, porque eu sou a melhor pintora lá dentro...</p> <p>...traz pensamento positivo...</p> <p>...meu estado físico, mental...</p> <p>...ali eu tenho motivações...</p>

continuação...

Categorias temáticas	Falas
2 Ocupação	<p>...ela contribui porque é um lugar que você se distrai, se ocupa...</p> <p>...ah pelo fato de fazer atividades né, não fica muito inativo...</p> <p>...eu já num penso nada de coisa errada mais, num tenho a cabeça oca mais, tenho uma ocupação...</p> <p>...num fica vagabunda...</p> <p>...olha é uma ocupação, é uma ocupação que num pode ser perdida né...</p> <p>...é uma atividade a mais né, porque fico muito tempo parado...</p> <p>...distrair a cabeça...</p> <p>...ah pra mim ocupar a mente...</p> <p>...desenhando, pintando, é sempre fazendo alguma coisa diferente...</p> <p>...porque lá eu faço trabalho de artes né, eu faço desenhos, eu faço pintura, eu faço artesanato, e na minha casa eu completo com os trabalhos domésticos...</p> <p>...ocupo minha mente fazendo coisa bonita.</p>
3. Socialização/relacionamento interpessoal	<p>...às vezes você troca ideia de quem sabe mais de quem sabe menos...</p> <p>...numa dinâmica eu aprendo a ser um pouco comunicativa...</p> <p>...eu era muito inibida e fiquei mais desinibida né...</p> <p>...de me esforçar que tenho que me relacionar com as pessoas, mesmo que eu acho que não me faz bem, acho que tem que fazer, depois que eu faço eu vejo que é melhor...</p> <p>...ajuda, consigo conversar com minhas filha...</p> <p>...a ter limites ao conversar...</p> <p>...a minha relação com meu filho que agora ta legal..</p> <p>...conviver com as pessoas...</p> <p>...vou pro shopping, é diferente do que ficar aqui dentro do hospital...</p> <p>...às vezes eu chego lá muito pra baixo ai eu começo a fazer as coisa lá, começo a conversar com as meninas sabe...</p>

continuação...

Categorias temáticas	Falas
4. Auxílio nas atividades cotidianas	<p>...eu volto a fazer de novo agora adulto...traz té uma boa lembrança...</p> <p>...enxergar que eu consigo fazer algumas coisas que às vezes eu acho que não consigo...</p> <p>...desempenhar meus negócios...</p> <p>...é mais pra frente trabalhar, dá um rumo mais na minha vida né...</p> <p>...eu vou escrever, aí eu escrevo, ela corrige, se ta certo, se ta errado...</p> <p>...rapa barba, corta o cabelo...</p> <p>...voltar a ser o que eu era antes, voltar jogar bola...</p> <p>...ajuda que eu to aprendendo princípios básicos...</p> <p>...é eu uso as habilidades que eu tenho às vezes pra ensinar as pessoa e às vezes pra auxiliar em alguns trabalhos sabe...</p> <p>...antes eu comia com colher, agora como com garfo...</p> <p>...a arrumar a casa, coisas pequenas, mas muito importantes...</p> <p>...tentando fazer com que eu faço minhas coisas né...</p> <p>...eu tento fazer na minha casa...</p> <p>...a organizar, a me organizar...</p> <p>...não pode faltar no meu dia-a-dia, ela me ajuda eu me organizar...</p> <p>...ela fala as coisa que eu tenho que fazer...</p> <p>...ela me orientando...</p> <p>...porque aí eu chego em casa, eu consigo fazer meu serviço, eu consigo tomar meu banho, fazer minhas coisa...</p> <p>...ela me mostra certos caminhos a ser tomado que eu não consigo tomar sozinho...</p> <p>...me ajudou no INSS...</p> <p>...me dá forma pra mim cuidar da minha mãe...</p> <p>...é posso contar com ela seu eu quiser ir na cidade, comprar uma roupa nova, ela vai me leva...</p> <p>...dá uma base pras coisa, dá uma permanência correta...</p> <p>...é a gente passa a perceber que muita coisa dentro de casa muda com a terapia ocupacional..</p>

Categorias temáticas	Falas
5. Minimizar demandas e sintomas	<p><i>...um jeito mais fácil de lidar com os meu problema, com meu problema mental...</i></p> <p><i>...eu esqueço meus problema lá fora e consigo fazer as atividades...</i></p> <p><i>...ah me ajuda muito, eu esqueço tudo que ta pra trás...</i></p> <p><i>...num penso que to ficando doido mais, num penso que era Jesus Cristo mais, num penso que eu tenho que ir gastar mais do eu ganho...</i></p> <p><i>...ajuda porque ai eu vou perdendo o medo, angústia da um tempo...</i></p> <p><i>...na doença, quando eu to nervosa eles conversa comigo...</i></p> <p><i>...to com um problema que eu acho que é desse tamanho [...] ai ela vem com aquela calma...</i></p> <p><i>...conforme eu tava conversando com ela, eu fui me entendendo sobre minha doença também, fui aprendendo a me controlar...</i></p> <p><i>...num ficar pensando muito nesse negócio de alucinações [...] tentar se controlar...</i></p> <p><i>...eu não to lembrando de nada, nada me machucando dos problema do meu passado...</i></p>
6. Adesão ao tratamento	<p><i>...na conversa, no remédio, no tratamento [...] ai fui fazendo o tratamento, fui tomando remédio...</i></p> <p><i>...tomar remédio direitinho, vim pro CAPS, fazer o tratamento, isso ajudou bastante...</i></p> <p><i>...ah meu deu força pra mim frequentar o CAPS.</i></p>

conclusão

Quadro 6 - Percepção dos usuários sobre a contribuição da Terapia Ocupacional nas atividades diárias. Ribeirão Preto - 2013

No quadro 6 é apresentada a percepção dos usuários sobre a contribuição da terapia ocupacional nas atividades diárias, destaca-se seis categorias: bem-estar/autoestima/motivação; ocupação; socialização/relacionamento interpessoal; auxílio nas atividades cotidianas; minimização das demandas e sintomas; e adesão ao tratamento.

Categorias temáticas	Falas
1- Resolução de problemas, tomada de iniciativa e autoconfiança	<p><i>...você viu que é linha por linha, então aquilo, aquele trabalho que cê tá fazendo ali, aquela ocupação de linha por linha, cada fio daquele barbante é uma resposta do que você procura todo dia na sua vida [...] eu procuro fazer em casa [...] é um resultado que a gente tem visto resposta...</i></p> <p><i>...de enfrentar o medo, de às vezes assim, quando vou sair de casa aí fico apavorada aí volto pra dentro, e respirar fundo e tentar de novo, sair pra fora e pra onde eu tenho que ir [...] compreender meu tempo, num ficar apavorada de não conseguir agora sabe...</i></p> <p><i>...se eu tiver com problema eu vou e falo com ela, aí eu resolvo...</i></p> <p><i>...a questão de tomar iniciativa, de fazer as coisas o então de inventar alguma coisa na terapia, já inventei de fazer quadros de tecido, tomar iniciativa de fazer a oficina né...</i></p> <p><i>...a conviver aqui no CAPS com o problema dos outros, me ajuda a vê que cada um tem seu problema, que cada um tem que resolver seus problema...</i></p> <p><i>...eu tô com problema, ela me dá um caminho pra resolver, mas ela me ajuda a tentar a resolver por sozinho [...] ela me faz agir independentemente...</i></p> <p><i>...às vezes tá com algum problema, com alguma coisa, aí chega lá e se põe aquilo pra fora...</i></p> <p><i>...ainda me mostra assim, novas alternativas sabe de atividades...</i></p> <p><i>...a ser, como se diz, a ter mais mais responsabilidade, cumprir meus horários, minhas obrigações...</i></p> <p><i>...ela risca o vaso e põe na sua frente e fala “Oh é seu, eu num vou dá nenhum parpíte” quer dizer que é você que tem dá jeito naquilo, é uma responsabilidade...</i></p> <p><i>...reconhecer o que eu consigo ou o que eu não consigo...</i></p> <p><i>...mostra que sou capaz assim, de assim, de ser útil, assim de, de usar do que eu conheço pra auxiliar pessoas que tem dificuldade...</i></p> <p><i>...mais a vontade, mais confiante, a gente vê que a gente pode fazer aquilo que a gente quiser fazer, a gente consegue fazer...</i></p>

continua...

Categorias temáticas	Falas
2. Auxílio nas atividades cotidianas	<p><i>...eu mesmo limpo minha casa, passo minha roupa...</i></p> <p><i>...guiar meu carro sozinho, fazer minhas coisas independente da minha esposa me ajudar, e buscar meu neto na escola todos os dias...</i></p> <p><i>...pegar ônibus, eu tirei minha mãe da minha carterinha e dei o passo de pegar o ônibus e vir sozinha pro CAPS...</i></p> <p><i>...porque eu tento fazer lá fora o que eu aprendo aqui...</i></p> <p><i>...nas atividades lá fora...</i></p> <p><i>...ah limpando a casa, tirando o pó, cuidando do passarinho, até o meu marido chegar...</i></p> <p><i>...minha casa ta um brinco, minha casa ta limpinha, mas um tempinho ai atrás eu vinha e falava, num consigo deixar minha cozinha limpa, só tem louça na pia...</i></p> <p><i>...ai eu pude tomar banho normalmente com o conserto da água e paguei a luz, sem precisar que meu filho entrasse no meio, com ajuda muito grande da TO...</i></p> <p><i>...ela dá um empurrão na gente, ela dá um empurrão pra gente aprender [...] vai direcionando o lugar que a gente tem pra ir...</i></p> <p><i>...porque com a doença que eu tenho num dá às vezes quando dá alucinações, eu num sou capaz de fazer o que eu quero fazer, que é trabalhar, estudar, escrever, jogar baralho, jogar bola, curti a vida, conversar, namorar, tudo os afazeres da vida né, e eu num consigo fazer, e ela me ajudou bastante sobre isso...</i></p> <p><i>...me ajuda nas tarefa né que eu tenho que fazer...</i></p> <p><i>...vou arrumar o cartão, pegar o dinheiro no banco, faço tudo isso, ela tem me ajudado muito...</i></p> <p><i>...eu chego em casa, eu consigo fazer meu serviço, consigo pegar um livro e ler...</i></p> <p><i>...então saindo comigo, querendo comprar um presente pra mim, como comprei um armário pra mim, ela foi junto, me sinto segura...</i></p> <p><i>...no momento em que eu tenho que cuidar das minhas coisas, que eu tenho minhas tarefas em casa, minha obrigação com minha mãe, com minha vó, com minha irmã, então eu tenho que ser mais independente, mais objetiva e a terapia ocupacional faz isso comigo, ser mais direta com as coisas, ser mais prática, digamos.</i></p>

continuação...

Categorias temáticas	Falas
3. Possibilidade de inserção social pelo trabalho	<p><i>...pintar quadro, vender....</i></p> <p><i>...porque a gente vende também o que a gente faz, então acaba levando isso lá pra fora, isso é satisfatório né...</i></p> <p><i>...pra trabalho, estudo, vai que eu posso casar, ter uma família, que eu pretendo ter minha família...</i></p> <p><i>...ai a gente vai vender nosso vaso, vende nosso vaso que nois memo pinta, daí reparte nosso dinheirinho, dá um pouquinho pra cada um...</i></p>

conclusão.

Quadro 7 – Percepção dos usuários sobre como a terapia ocupacional contribui no desenvolvimento das atividades de forma mais independente. Ribeirão Preto - 2013

No quadro 7 observa-se que a terapia ocupacional contribui para o desenvolvimento das atividades de forma mais independente. Foram elencadas três categorias: resolução de problemas, tomada de iniciativa e autoconfiança; auxílio nas atividades cotidianas; e possibilidade de inserção social pelo trabalho.

Categorias temáticas	Falas
1. Ocupação/distração	<p>...é muito bom esse trabalho de terapia ocupacional pra nossa cabeça...</p> <p>...ah diverte minha fia, eu acho bom quando tem...</p> <p>...distrair, num pensa ih eu to doente, fica martelando na cabeça...</p> <p>...ah me ajuda eu acho que trabalha o cérebro pra você ta conseguindo fazer a pintura, eu acho que desenvolve mais o cérebro, não fica parado, não fica paralisado...</p> <p>...a atividade a mais, a mente, ocupando a mente, por causa se ficar em casa, eu fico dormindo o dia todo...</p> <p>...a ocupar a mente...</p> <p>...ai distrai a cabeça um pouco né...</p> <p>...eu fiquei parada no tempo, e quando eu fui pra lá, é, eles começou a me dar uma nova visão, que começou a crarea mais a minha mente...</p>
2. Auxílio nas atividades cotidianas	<p>...ah sim ajuda bastante no meu dia-a-dia, no meu cotidiano, eu to sempre aprendendo uma coisa nova...</p> <p>...a descobrir mais coisas a respeito da vida né...</p> <p>...me ajuda a desenvolver né habilidades...</p> <p>...uma outra vida lá fora, sair do remédio, da doença, ter outra via, normal, aprendendo...</p> <p>...ah a ser uma pessoa mais independente também né...</p> <p>...ela ajuda a gente a raciocinar...</p> <p>...ah me ajuda a desenvolver a mente, porque a minha mente tem hora que fica bloqueada...</p> <p>...ah no dia-a-dia me ajuda eu a refletir às vezes né, um ligar pra se despertar...</p> <p>...ah arrumar a mesa, as cadeira, põe toalha na mesa, assiste televisão...</p> <p>...ao mesmo tempo que eu ensino eu aprendo...</p> <p>...eu comecei a vender, pintar o caso, vender o caso [...] a gente vende lá, ai eu começo a vender com elas, eu começo a lembrar de quando eu vendia, as menina fala “nossa a M. tem um dom de ser vendedora, ela é uma ótima vendedora”...</p>

Continua...

Categorias temáticas	Falas
3. Bem-estar/autoestima/reconhecimento	<p>...eu renovo as energias, entendeu, sou uma pessoa contente, alegre, apesar de ta tomando muito remédio...</p> <p>...sai daqui mais contente né, mais satisfeito com a vida...</p> <p>...eu chego em casa mais calma...</p> <p>...fazendo atividade, seja ela qual for, eu tenho vontade, eu tenho ânimo...</p> <p>...porque quando eu termino eu me sinto mais leve...</p> <p>...ajuda a não ficar pensando coisa ruim...</p> <p>...ah ajuda a ficar bom, pra mim pensar coisas boas né...</p> <p>...eu vejo que é um momento meu e que eu num tenho que fazer o que a sociedade quer ou o que os outros querem, nem responder nada, simplesmente ser eu ali, é muito mais fácil pra mim, fica gostoso de fazer...</p> <p>...me valorizar mais, porque às vezes a gente que é inútil, sem valor nenhum, isso faz com que a gente não valorize o que a gente faz e a pessoa da gente, no caso, me valorizo mais, me sinto útil, contribui pra isso...</p> <p>...vou falar uma coisa que parece banal, mas eu passei a ter vaidade, a me arrumar pra vim pro CAPS...</p> <p>...terminei um vaso, ai eu olhei pra ele falei: puxa será que fui eu mesmo que tive cabeça pra fazer?...</p>
4. Enfrentamento de demandas	<p>...é enfrentar os medos, aceitar a doença...</p> <p>...todo problema que eu tenho eu trago pra cá, pra ver se eu resolvo meus problemas...</p> <p>...ajuda a perceber aonde eu tenho falhado...</p> <p>...pra eu conseguir vencer os problemas que eu tenho de saúde...</p> <p>...acaba vendo que às vezes que tem pessoas, tem problema muito mais grave que a gente né...</p> <p>...me sinto uma criança que começou a andar, eu superando a depressão, eu faço o trabalho em casa...</p> <p>...aliviou minha depressão, quando vim pra cá tava muito deprimida [...] passei a vê de forma diferente...</p>
5. Auxílio na crise	<p>...ah a terapia ocupacional ajuda, talvez se eu não viesse aqui, ai podia ter recaída né filha, ter recaída porque toda vez que eu tenho, uma equipe por traz, eles seguram a barra, há um ano atrás eles seguraram e num deixaram internar...</p> <p>...quando ta doente eles leva pro hospital...</p> <p>...me ajuda a não pensar em suicídio...</p> <p>...ela ajuda na minha cabeça né, as vezes fica falando, mas eu consigo ouvir os dois ao mesmo tempo...</p>

continuação...

Categorias temáticas	Falas
6. Expressão	<p>...é eu fico lá pintando no meu mundo, no meu canto e eu pinto o que to sentindo naquele momento o que quero...</p> <p>...porque eu venho aqui, eu me desabafo, eu falo tudo o que eu to sentindo, coisa que eu num falo com minha família...</p> <p>...um momento que você pode expor seus sentimentos, pode expor, falar de vários assuntos que ta ocorrendo no mundo entendeu...</p> <p>...me ajuda porque eu escrevo e eu solto tudo o que eu to sentindo no papel...</p>
7. Socialização	<p>...se relacionar mais com as pessoa, ter mais jeito de falar com a pessoa...</p> <p>...às vezes a gente sai juntos, fazer atividades fora, então é, vai abrindo mais a visão que a gente tem do mundo...</p> <p>...é os momento né, que cê fica ali, às vezes cê num tem ninguém pro cê conversar lá fora...</p> <p>...a conviver com outras pessoas...</p> <p>...ai que procuro aplica lá fora o que eu aprendo aqui, ai dá certo..</p> <p>...ah deixar de ser tímido, tomar atitude, tentar conversar com pessoas assim que eu acho que é simpático...</p>
8. Adesão e continuidade do tratamento	<p>...tem ajudado eu tomar os remédio....</p> <p>...passei a aceitar com mais tolerância pra que eu pudesse ta aqui...</p> <p>...ela aponta outras opções sabe, outras pessoas, outros lugares que eu possa ter acesso, que preciso...</p>
9. Independência /autonomia	<p>...ah fazendo a gente agir...</p> <p>...põe a vida em pé...</p> <p>...ai ela só vai dando umas instruções, mas assim, oh é desse jeito, assim, mas ai eu consigo e faço sozinho né..</p> <p>...arrumar o cartão do passe...</p> <p>...ai eu venho pra casa, cuido das minha coisa tudo direitinho...</p>
10. Acolhimento/escuta	<p>...me dá atenção [...] só dela me dá atenção ta ótimo, não precisa mais que isso...</p> <p>...me compreende...</p> <p>...me dá uma palavra de conforto, ai aquilo me fortalece, me fortalece...</p>

conclusão

Quadro 8 – Percepção dos usuários sobre como a terapia ocupacional contribui no tratamento no CAPS. Ribeirão Preto - 2013

O quadro 8 apresenta 10 categorias referente à percepção dos usuários sobre como a terapia ocupacional contribui no tratamento no CAPS de um modo geral: ocupação e distração; auxílio nas atividades cotidianas; bem-estar, autoestima e reconhecimento; enfrentamento de demandas; auxílio na crise; expressão; socialização; adesão e continuidade do tratamento; independência e autonomia.

5.3 Etapa Quantitativa

Os resultados da etapa quantitativa são apresentados em tabelas, distribuídos em frequências e porcentagens das respostas, referentes aos instrumentos Auto Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF) e Inventário de Habilidades de Vida Independente para Pacientes Psiquiátricos (ILSS-BR). Considerou o total (n=47) para as análises.

Tabela 9 – Respostas de cada item do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) (n=47). Ribeirão Preto – 2013

Entrevistado	F		%	
Filhos	08		17,0	
Esposo(a)	04		8,5	
Pai ou mãe	13		27,7	
Irmãos	10		21,7	
Amigos	02		4,3	
Outros familiares	03		6,4	
Profissional do CAPS	07		14,9	

Itens	Nunca		Algumas vezes		Com frequência		Na maioria das vezes		Sempre		NO*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
I-Alimentação												
1	03	6,4	-	-	-	-	02	4,3	42	89,4	-	-
2	-	-	-	-	-	-	01	2,1	46	97,9	-	-
3	05	10,6	02	4,3	01	2,1	01	2,1	38	80,9	-	-
4	04	8,5	04	8,5	01	2,1	02	4,3	36	76,6	-	-
5	46	76,6	01	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-
6	04	8,5	07	14,9	02	4,3	03	6,4	31	66,0	-	-
7	06	12,8	04	8,5	02	4,3	05	10,6	30	63,8	-	-
8	47	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

continua...

Itens	Nunca		Algumas vezes		Com frequência		Na maioria das vezes		Sempre		NO*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
VI-Administração do dinheiro												
1	12	25,5	04	8,5	02	4,3	02	4,3	25	53,2	02	4,3
2	16	34,0	06	12,8	-	-	03	6,4	20	42,6	02	4,3
3	10	21,3	06	12,8	-	-	02	4,3	28	59,6	01	2,1
4	13	27,7	01	2,1	-	-	03	6,4	28	59,6	02	4,3
5	14	29,8	03	6,4	-	-	03	6,4	25	53,2	02	4,3
6	13	27,7	04	8,5	-	-	04	8,5	25	53,2	01	2,1
7	20	42,6	03	6,4	-	-	02	4,3	16	34,0	06	12,8
8	01	2,1	-	-	-	-	-	-	13	27,7	33	70,2
9	09	19,1	02	4,3	-	-	03	6,4	29	61,7	04	8,5
10	02	4,3	04	8,5	-	-	-	-	41	87,2	-	-
11	10	21,3	02	4,3	-	-	01	2,1	27	57,4	07	14,9
12	05	10,6	04	8,5	-	-	04	8,5	30	63,8	04	8,5
VII-Transporte												
1	07	14,9	-	-	01	2,1	01	2,1	32	68,1	06	12,8
2	03	6,4	-	-	-	-	01	2,1	36	76,6	07	14,9
3	03	6,4	04	8,5	-	-	02	4,3	37	78,7	02	2,1
4	01	2,1	03	6,4	01	2,1	-	-	40	85,1	02	4,3
5	07	14,9	02	4,3	01	2,1	02	4,3	34	72,3	01	2,1
6	17	36,2	03	6,4	-	-	02	4,3	07	14,9	18	38,3
7	01	2,1	02	4,3	-	-	-	-	42	89,4	02	4,3
VIII-Lazer												
1	11	23,4	06	12,8	02	4,3	02	4,3	25	53,2	01	2,1
2	10	21,3	09	19,1	-	-	05	10,6	23	48,9	-	-
3	11	23,4	04	8,5	-	-	01	2,1	17	36,2	14	29,8
4	-	-	03	6,4	-	-	01	2,1	42	89,4	01	2,1
5	05	10,6	-	-	-	-	-	-	12	25,5	30	63,8
6	01	2,1	06	12,8	-	-	01	2,1	23	48,9	16	34,0
7	05	10,6	03	6,4	-	-	01	2,1	12	25,5	26	55,3
8	04	8,5	03	6,4	-	-	02	4,3	11	23,4	27	57,4
9	06	12,8	05	10,6	01	2,1	03	6,4	17	36,2	15	31,9
IX-Emprego												
1	18	38,3	03	6,4	-	-	-	-	-	-	26	55,3
2	14	29,8	03	6,4	-	-	-	-	02	4,3	28	59,6
3	12	25,5	05	10,6	-	-	-	-	02	4,3	28	59,6
4	04	8,5	02	4,3	-	-	-	-	-	-	41	87,2
5	20	42,3	15	31,9	02	4,3	01	2,1	08	17,0	01	2,1
6	01	2,1	04	8,5	01	2,1	03	6,4	36	76,6	02	4,3
7	-	-	-	-	-	-	01	2,1	03	6,4	43	91,5
8	-	-	-	-	-	-	01	2,1	03	6,4	43	91,5

conclusão

*Nenhuma oportunidade – usuário não apresentava a habilidade em questão

Na tabela 9 observa-se que as principais pessoas que responderam o ILSS-BR foram pai ou mãe, seguido dos irmãos e dos filhos. Os resultados apontam a frequência e porcentagem de cada item da ILSS-BR. Destaca-se que a maior frequência de resposta ocorreu na opção *sempre*, exceto para a subescala Emprego, a qual a maior ocorrência foi na opção NO. Os itens com menor frequência na opção *sempre*, indicando pontuação menor, foram: item 7 da subescala Alimentação (ter bons hábitos nutricionais); item 9 da subescala Atividades Domésticas (uso correto da quantidade de sabão); item 2 da subescala Preparação e Armazenamento de Alimentos (preparar e cozinhar refeições simples); item 3 da subescala Saúde (procurar por serviços públicos adequados); itens 7, 6 e 5 da subescala Administração de Dinheiro (organização, administração do dinheiro, pagamento de contas e procura de ajuda quando necessitam); item 6 na subescala Transporte (viajar sem orientação); item 5 na subescala Emprego (possuir aspirações realísticas de emprego).

Tabela 10 – Respostas de cada item da Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF) (n=47). Ribeirão Preto – 2013

Itens	Sim		Não		Não sei	
	f	%	f	%	f	%
1-Causalidade pessoal						
a	37	78,7	06	12,8	04	8,5
b	41	87,2	05	10,6	01	2,1
c	32	68,1	09	19,1	06	12,8
d	30	63,8	10	21,3	07	14,9
e	31	66,0	11	23,4	05	10,6
f	35	74,5	08	17,0	04	8,5
2-Valores						
a	39	83,0	06	12,8	02	4,3
b	31	66,0	03	14,0	02	4,3
c	35	74,5	08	17,0	04	8,5
3-Interesses						
a	41	87,2	04	8,5	02	4,3
b	36	76,6	08	17,0	03	6,4
c	32	68,1	15	31,9	-	-
4-Papéis						
a	33	70,2	10	21,3	04	8,5
b	18	38,3	24	51,1	05	10,6
c	24	51,1	15	31,9	08	17,0
d	39	83,0	05	10,6	03	6,4
e	40	85,1	06	12,8	01	2,1
f	42	89,4	03	6,4	02	4,3
g	35	74,5	09	19,1	03	6,4
5-Hábitos						
a	29	61,7	15	31,9	03	6,4
b	38	80,9	06	12,8	03	6,4
c	30	63,8	16	34,0	01	2,1

continua...

Itens	Sim		Não		Não sei	
	f	%	f	%	f	%
6-Habilidades						
a	31	66,0	13	27,7	03	6,4
b	29	61,7	14	29,8	04	8,5
c	28	59,6	17	36,2	02	4,3
d	30	63,8	13	27,7	04	8,5
e	41	87,2	05	10,6	01	2,1
f	32	68,1	11	23,4	04	8,5
g	30	63,8	14	29,8	03	6,4
h	33	70,2	11	23,4	03	6,4
i	43	91,5	02	4,3	02	4,3
j	20	42,6	21	44,7	06	12,8
l	34	72,3	10	21,3	03	6,4
m	21	44,7	24	51,1	02	4,3
7-Meio ambiente						
A	42	89,4	03	6,4	02	4,3
<hr/>						
Locais frequentados	f	%				
Locais religiosos (igreja/centro espírita/casa de oração)	21	44,7				
CAPS	11	23,4				
Casa de familiares e amigos	02	4,3				
Própria casa	01	2,1				
Bosque/parque/clubes/chácara	04	8,5				
Locais culturais (biblioteca/exposições/ cinema/teatro)	02	4,3				
Lojas	01	2,1				
Baile/festas	01	2,1				
Praia	01	2,1				

conclusão.

Na tabela 10 são apresentadas as frequências e porcentagens de respostas de cada item da SAOF. A maior ocorrência de resposta foi na opção *sim*. Os itens com necessidade de melhora, ou seja, maior ocorrência na opção *não e não sei*, foram: item d (realizações no trabalho), item e (realizações no lar) da categoria Causalidade pessoal; item b (objetivos para o futuro) da categoria Valores; item c (participar de projetos importantes) da categoria Interesses; itens b (papel de estudante) e item c (papel de trabalhador) da categoria Papéis; itens j (cuidar das finanças) e item m (sentir-se fisicamente capaz para fazer o que precisa) da categoria Habilidades; e falta de variedade de locais, pessoas e recursos da categoria Ambiente.

Tabela 11 – Valores médios dos escores por subescala e escore global do Inventário de Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) (n=47).
Ribeirão Preto – 2013

SUBESCALAS	Amplitude	Média Zero		Média < 1,0		Média 1,0 a 1,9		Média 2,0 a 2,9		Média 3,0 a 3,9		Média 4,0		NO*	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
I. Alimentação	1,6 a 4,0	-	-	-	-	1	2,1	6	12,8	21	44,7	19	40,4	-	-
II- Cuidados pessoais	1,3 a 4,0	-	-	-	-	2	4,3	6	12,8	21	44,7	18	38,3	-	-
III- Atividades domésticas	0 a 4,0	1	2,1	4	8,5	6	12,8	8	17,0	15	31,9	13	27,7	-	-
IV- Prep./Armazenamento de alimentos	0 a 4,0	1	2,1	2	4,3	3	6,4	11	23,4	10	21,3	19	40,4	1	2,1
V- Saúde	1,0 a 4,0	-	-	-	-	5	10,6	15	31,9	20	42,6	7	14,9	-	-
VI- Administração do dinheiro	0,1 a 4,0	-	-	4	8,5	10	21,3	8	17,0	18	38,3	7	14,9	-	-
VII – Transporte	0 a 4,0	1	2,1	1	2,1	4	8,5	6	12,8	17	36,2	18	38,3	-	-
VIII – Lazer	0,7 a 4,0	-	-	2	4,3	9	19,1	8	17,0	16	34,0	12	25,5	-	-
IX – Emprego	0 a 4,0	2	4,3	9	19,1	11	23,4	17	36,2	4	8,5	3	6,4	1	2,1
TOTAL DA ESCALA GLOBAL	0 a 4,0	-	-	-	-	3	6,4	15	31,9	29	61,7	-	-	-	-

*Nenhuma oportunidade – usuário não apresentava a habilidade em questão

Na tabela 11 são apresentados os escores por subescala e o escore global da ILSS-BR. Observa-se que o escore médio global ocorreu entre 3,0 e 3,9. Verifica-se que seis das nove subescalas tiveram um escore entre 3,0 e 3,9. As subescalas Preparação e Armazenamento de Alimentos e Transporte tiveram escore 4,0. A subescala Emprego obteve um escore abaixo da média global, entre 2,0 e 2,9.

Tabela 12 - Respostas por categoria e total global da Auto Avaliação do Funcionamento Ocupacional (SAOF) (n=47). Ribeirão Preto – 2013

CATEGORIAS	N	SIM		NÃO		NÃO SEI	
		f	%	f	%	f	%
1- Causalidade Pessoal	282	206	73,0	49	17,4	27	9,6
2- Valores	141	105	74,5	28	19,9	8	5,7
3- Interesses	141	109	77,3	27	19,1	5	3,5
4- Papéis	329	231	70,2	72	21,9	26	7,9
5- Hábitos	141	97	68,8	37	26,2	7	5,0
6- Habilidades	564	372	66,0	155	27,5	37	6,6
7- Meio Ambiente	47	42	84,9	3	6,4	2	4,3
TOTAL DAS CATEGORIAS	1645	1162	70,6	371	22,5	112	6,8

Na tabela 12 são apresentadas as frequências e porcentagens de respostas por categoria e total. O total da SAOF foi de 70,6% para as respostas *sim*, ou seja, ponto *forte/adequado*, 22,5% para *não*, e, 6,8% para *não sei*, ou seja, 29,3% como *precisa melhorar*. As categorias Hábitos e Habilidades apresentaram a menor ocorrência de resposta na opção *sim* e a maior ocorrência nas opções *não* e *não sei*.

6 DISCUSSÃO

Este estudo parte do pressuposto de que as estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais possam contribuir para o processo de reabilitação psicossocial de usuários de CAPS, com enfoque no funcionamento ocupacional e nas habilidades de vida independente. A forma como essas estratégias podem contribuir foi abordada a partir de um levantamento quantitativo do funcionamento ocupacional e das habilidades de vida independente que concomitantemente propiciou o levantamento qualitativo das práticas de cuidado e a percepção dos usuários sobre essas práticas.

A escolha de pesquisar esse cuidado no CAPS deve-se a compreensão de que esse serviço é um dos mais expressivos resultados da reforma psiquiátrica brasileira e o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, onde o cuidado em saúde mental deve ser compreendido em rede, entendendo-se ser o caminho, o meio e não o fim. Trata-se de reconhecer o CAPS como uma estratégia de transformação da assistência, com o reconhecimento de seu território e seus recursos (YASUI, 2010). Portanto, optou-se por escolher três locais distintos, em três modalidades distintas, com a compreensão de que cada local é único, porém apresentam características semelhantes, conforme as diretrizes políticas, mas também características singulares, guiadas por uma diversidade de recursos, o que amplia a possibilidade de resultados, diante um número maior de usuários e, principalmente de profissionais terapeutas ocupacionais.

É possível observar na descrição dos locais, no item 4.1.1 a diversidade na caracterização de cada um dos CAPS. Como já previsto pelo Ministério da Saúde, há diferenças: nas modalidades, classificadas como I, II e III, conforme a população que abrange, no número de membros da equipe e número de usuários atendidos e, diferenças de ações e projetos realizados pelos serviços. Entretanto, entende-se que apesar dessas diferenças, todos devem, de acordo com a portaria 336/2002, sob coordenação do gestor local, ter responsabilidade pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental em seu território (BRASIL, 2002).

Foram encontrados cinco terapeutas ocupacionais e 47 usuários, com seus respectivos familiares e/ou responsáveis, no conjunto dos três CAPS, conforme os critérios de inclusão.

Observa-se que o número de terapeutas ocupacionais nos CAPS ainda é pequeno diante a demanda e população atendida, entretanto, essa observação às vezes também é para outros membros da equipe. Todavia, os CAPS estudados seguem os requisitos exigidos para uma equipe mínima, conforme a portaria 336 (BRASIL, 2002). Apesar de se entender que há necessidade de um número maior desse profissional nos CAPS, a saúde mental é o campo em

que mais se efetiva sua participação, diante a normatização da profissão no SUS a partir de 2002 e o reconhecimento do terapeuta ocupacional como parte da equipe multidisciplinar, a partir da regulamentação do registro de procedimentos nos serviços em 2006 (BEIRÃO; ALVES, 2010; WACHHOLZ; MARIOTI, 2009).

Para tanto, a partir do direcionamento dado pelo método misto, seguido neste estudo, caracterizado pela figura 1, a discussão apresenta uma interpretação dos dados qualitativos e quantitativos, o que resulta em uma comparação dos dados para responder aos objetivos deste estudo, com intuito de confirmação e validação. Os problemas enfrentados no campo da saúde são complexos, portanto ao utilizar duas abordagens metodológicas, configura-se uma natureza interdisciplinar para atender a essa complexidade do campo, obtendo um maior alcance de respostas e compreensão dos problemas de pesquisa com a combinação das abordagens quantitativa e qualitativa (CRESWELL, 2010). Optou-se por apresentar a discussão em cinco subcapítulos para melhor compreensão dos objetivos.

6.1 Caracterização e dados sociodemográficos dos usuários

Conforme descrito no item 5.1, tabela 1, os usuários se apresentaram, em sua maioria do sexo feminino (57,4%), com maior frequência na faixa etária entre 40 a 49 anos (31,9%), a maioria se declarou solteiro (53,2%), a maioria possui o 1º grau incompleto (46,8%) e 44,7% se declararam católicos, seguido de 34% de evangélicos.

Alguns estudos apontam a prevalência de transtornos mentais no sexo masculino (FREITAS; DE SOUZA, 2010; PEREIRA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012; SILVEIRA et al., 2011), outros estudos apontam o sexo feminino como prevalente na população adulta brasileira (CARVALHO; OLIVEIRA E SILVA; RODRIGUES, 2010; MIRANDA; TARASCONI; SCORTEGAGNA, 2008; SANTOS; SIQUEIRA, 2010), corroborando com os resultados do presente estudo. A maior ocorrência de mulheres pode estar associada ao fato de que as mulheres possuem maior facilidade de identificar os sintomas, admiti-los e procurar mais ajuda (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). Quanto ao estado civil, os dados encontrados se assemelham a outros estudos que pesquisaram a mesma população (PEREIRA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012). Um estudo sobre a vida cotidiana após o adoecimento mental aponta que uma das barreiras de difícil enfrentamento dos usuários são os relacionamentos

afetivos (SALLES; BARROS, 2009), o que pode indicar os resultados frente à prevalência de solteiros. A faixa etária encontrada também é a indicada em outros estudos (CARVALHO; OLIVEIRA E SILVA; RODRIGUES, 2010; PEREIRA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012; SANTOS; SIQUEIRA, 2010; SILVEIRA et al., 2011). Em relação à escolaridade os dados também se assemelham a outros estudos (CARVALHO; OLIVEIRA E SILVA; RODRIGUES, 2010; PEREIRA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012; SANTOS; SIQUEIRA, 2010), indicando uma menor escolaridade entre pessoas com diagnóstico de transtorno mental. Sobre a religião, é observado que apenas dois dos usuários declararam não ter religião. A relação entre religiosidade e saúde mental tem sido marcada pela necessidade da busca por algum alívio do sofrimento e significados para a vida, sobretudo para classes populares (DALGALARRONDO, 2007). No presente estudo foi encontrada uma maior frequência na religião católica e evangélica, somando 78,7% dos usuários, corroborando com estudos sobre a temática (FREITAS; DE SOUZA, 2010; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010), um deles aponta que os maiores níveis de religiosidade estão presentes em mulheres (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2010).

Na tabela 2 são apresentados o tipo de habitação, renda individual e familiar. 42,6 % dos usuários declararam morar em casa própria, 53,2% recebem até um salário mínimo e com renda familiar entre um a três salários. O fato de declararem habitação própria não indica que são os proprietários, visto que na tabela 4 uma maior parte (46,8%) declarou morar com os filhos ou com os pais. Entretanto, entende-se que os usuários possuem uma condição relativamente boa em relação à moradia, indicando que ainda convivem no contexto familiar, diante ao processo de desinstitucionalização. Em relação à renda individual, 53,2% dos usuários declararam receber até um salário mínimo, o que pode indicar, conforme a tabela 3, que as condições financeiras são baixas, devido ao fato ou de estarem desempregados e receberem benefícios, como o Benefício de Prestação Continuada (19,1%) ou estarem aposentados (40,4%) e fora do mercado de trabalho, assemelhando-se a outros estudos (RODRIGUES et al., 2012). A renda familiar entre um a três salários também corrobora com alguns estudos sobre a temática (CARVALHO; OLIVEIRA E SILVA; RODRIGUES, 2010; FREITAS; DE SOUZA, 2010).

Na tabela 3 são apresentados dados sobre a ocupação anterior e atual, além de como o usuário ocupa seu tempo. A ocupação anterior, refere-se em sua maioria (21,3%) aos serviços de diarista, doméstica, faxineira e limpezas em geral, o que confirma a prevalência do sexo feminino, seguido de vendedor(a) (12,8%) e serviços gerais (12,8%). Em relação à ocupação atual 40,4% são aposentados e 19,1% são desempregados. A porcentagem de

aposentados e desempregados pode indicar a baixa renda apresentada anteriormente e a complexidade que envolve a experiência com o transtorno mental, de modo a interromper as atividades que geram renda pela dificuldade em lidar com as demandas geradas pelo próprio transtorno mental. Os transtornos mentais já representam umas das maiores causas de incapacitação do mundo, a OMS prevê um aumento de 3% nos transtornos mentais que causam incapacidade grave até 2020 (OMS, 2001). Apenas dois usuários declararam algum trabalho formal, um em serviços gerais, e outro não indicou o tipo, mas estava em período de experiência, outros dois declararam estar inseridos em oficinas de geração de renda (Oficina de Vitral), vinculada ao CAPS. O trabalho formal é uma das principais atividades interrompidas pelos usuários da saúde mental, pois a inclusão no mercado de trabalho torna-se uma barreira que não conseguem ultrapassar, o que interfere nos projetos de vida, como indicam outros estudos (FRAZÃO; ARCOVERDE, 2009; SALLES; BARROS, 2009). Entretanto, os usuários apontam como ocupam o tempo com outras atividades, predominando assistir televisão (46,8%) e ouvir música (40,4%), entre outras. Sabe-se que aparentemente dentro daquilo que é considerado “como não há nada para fazer”, algumas atividades e/ou ocupações são desvalorizadas em comparação às atividades de trabalho, o que aumenta a impressão de vazio e desconexão com o mundo compartilhado, porém, ao se investigar o cotidiano, pode-se verificar diversas micropossibilidades de atividades e inclusão social (SALLES; BARROS, 2009). Dentre as atividades citadas pelos usuários, podemos verificar que essas possibilidades existem, indicando que há outros afazeres, vinculados ao social.

Na tabela 4 são apresentados o número de filhos, número de pessoas que moram junto e grau de parentesco. Observa-se que a prevalência foi de 47,7% não possuir nenhum filho, ou seja, 55,3% possuem filhos, 34% moraram com apenas uma pessoa, indicando que a maioria mora com o pai ou a mãe (25,5%), filhos (21,3%), ou esposo(a) (19,1%). Em um estudo sobre a caracterização clínica e sociodemográfica de usuários de CAPS (FREITAS; DE SOUZA, 2010), também foi encontrado um número pequeno de pessoas que moram junto com os usuários. O fato de declararem morar com o pai ou mãe como prevalente, pode confirmar esse número pequeno de pessoas e da maioria ser solteiro, como já apresentado acima.

Na tabela 5 é apresentada a rede de apoio dos usuários. 97,9% declararam que contam com alguma pessoa quando necessitam de ajuda, indicando os filhos (29,8%) e pai ou mãe (25,5%) como as principais fontes de apoio. Isso aponta que os usuários contam com as pessoas mais próximas da convivência, ou seja, com as pessoas que residem na mesma casa, indicando que a rede social é frágil, corroborando com um estudo sobre as características

clínicas e sociodemográficas de usuários de CAPS (FREITAS; DE SOUZA, 2010). O apoio social pode ser definido pela existência e ou disponibilidade de pessoas do convívio social com as quais os usuários podem contar para a obtenção de recursos como informação, cuidado, confiança e encorajamento. Esse apoio pode favorecer boas estratégias para o enfrentamento das adversidades e promover benefícios à saúde nas dimensões sociais, físicas e mentais (CHWALISZ; VAUX, 2000; COHEN; UNDERWOOD; GOTLIEB, 2000). Outro fato a destacar é que fora do convívio familiar, apenas os profissionais dos CAPS foram reconhecidos como fonte de apoio (8,5%), outros recursos e dispositivos não foram identificados, o que pode indicar uma fragilidade na rede de cuidado, com centralização no CAPS apesar da ampliação da rede de saúde mental, o que vai contra a política nacional de saúde mental e o que preconiza a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual propõe o cuidado em rede e intersetorial e o reconhecimento de outros dispositivos (BRASIL, 2011), com o intuito de fortalecer a co-responsabilização desse cuidado.

Na tabela 6 pode-se verificar o tempo em que o usuário está no serviço, o tipo de tratamento e como é o seu acesso até o CAPS. Observa-se que os usuários estão no serviço de três a oito anos (59,6%), 70,2% estão em tratamento intensivo e 85% declararam ir sozinhos até o CAPS, prevalecendo a opção de utilizarem o ônibus como meio de transporte (57,4%) e 14,9% precisam ser acompanhados até o serviço. O tempo no serviço pode caracterizar o quanto o transtorno mental interfere no cotidiano dessas pessoas, justificando a prevalência do tipo de tratamento intensivo, outros estudos apontam resultados equivalentes (FREITAS; DE SOUZA, 2010). Como já citado anteriormente os transtornos mentais estão entre as principais causas de incapacitação (OMS, 2001), portanto, justifica o tipo de tratamento intensivo, levando em consideração que a segunda maior prevalência de tempo no CAPS é maior que 12 anos (19,1%). Entretanto, observa-se que há uma independência em relação ao deslocamento do usuário até o serviço, o que pode sugerir que para algumas atividades cotidianas não há grandes dificuldades. Esses dados levam à reflexão sobre o funcionamento ocupacional desses usuários, quais as reais dificuldades para as realizações das atividades cotidianas e quais as reais necessidades de se manter um tratamento por tantos anos e de forma intensiva, reproduzindo o mesmo processo de institucionalização dos hospitais psiquiátricos. O CAPS não deve ser o fim, mas o caminho, o meio, no qual o cuidado não assume apenas um lugar, mas uma ampla rede de alianças, incluindo distintos segmentos sociais, serviços, atores e cuidadores (YASUI, 2010).

Na tabela 7 são apresentados os principais diagnósticos encontrados nos CAPS, segundo a Classificação Internacional de Doenças CID-10, em primeiro lugar aparecem os

transtornos psicóticos (51,1%), com prevalência dos transtornos do pensamento, com destaque para a esquizofrenia (42,6%), incluindo o subtipo hebefrênica, em segundo os transtornos do humor (31,9%), prevalecendo os transtornos afetivos bipolares (19,1%) e terceiro os transtornos de personalidade (10,7%). Esses dados encontrados corroboram com os resultados de outros estudos realizados em CAPS (CARVALHO; OLIVEIRA E SILVA; RODRIGUES, 2010; FREITAS; DE SOUZA, 2010; MIRANDA; TARASCONI; SCORTEGAGNA, 2008; PEREIRA et al., 2012; RODRIGUES et al., 2012).

Observa-se então que a esquizofrenia é o transtorno mental que mais aparece entre os usuários. Foram encontrados estudos que discutem sobre a relação entre gênero e diagnóstico, dos quais, um aponta que a prevalência das esquizofrenias seja em homens (SILVEIRA et al., 2011). Outro estudo indica a significativa relação entre gênero e diagnóstico, também revelando a prevalência em homens, e um terceiro estudo de revisão revela que as mulheres são mais acometidas por transtornos de ansiedade, de humor e somatoformes (SANTOS; SIQUEIRA, 2010). No entanto, os dados do presente estudo revelam que os usuários, na sua maioria mulheres, também apresentaram a esquizofrenia como prevalente, corroborando com um estudo realizado em um CAPS de uma cidade do Estado de São Paulo (PEREIRA et al., 2012). Já foi apontado que as pessoas com diagnóstico de transtorno mental representam taxas desproporcionalmente elevadas de incapacidade e mortalidade, sendo a esquizofrenia com probabilidade de morte prematura de 40% a 60% maior que a população em geral (OMS, 2013). Faz-se então necessário destacar, que dentre os diversos transtornos mentais, a esquizofrenia provoca o comprometimento do funcionamento social e ocupacional, visto que afeta vários aspectos da vida das pessoas, as quais são acometidas em uma faixa etária que se caracteriza por ser a fase mais produtiva, além disso, o ambiente familiar também é afetado, o que pode representar um maior risco de comorbidades (SILVEIRA et al., 2011).

Desta forma, na tabela 8 são apresentados os resultados referentes a esses comprometimentos e interferências do transtorno mental na vida dos usuários. Sendo que 80,9% responderam sim à interferência, revelando que os maiores comprometimentos referem-se a não conseguir trabalhar (25,5%) e dificuldade de se relacionar com as pessoas (25,5%), seguido de não conseguir realizar as atividades domésticas (21,3%) e efeitos colaterais da medicação (17%). Além disso, 59,6% dos usuários responderam que o transtorno mental interfere no relacionamento com as pessoas em geral, 53,2% com amigos e 55,3% com familiares.

É notório nos dados apresentados que existe uma ruptura do cotidiano frente às

demandas do transtorno mental. São observadas perdas materiais e afetivas, que revelam as consequências do adoecimento mental, o que gera desvalorização e exclusão social, corroborando com outros estudos (SALLES; BARROS, 2009; MOTIZUKI; MARIOTTI, 2014). Como já citado anteriormente, o trabalho é uma das principais atividades interrompidas no cotidiano dessas pessoas, tornando-se uma barreira que não conseguem ultrapassar, o que interfere nos projetos de vida e inserção social (FRAZÃO; ARCOVERDE, 2009; SALLES; BARROS, 2009). Além disso, frente às interferências no relacionamento interpessoal (pessoas em geral, amigos e familiares), o relacionamento afetivo é uma das principais barreiras de difícil enfrentamento dos usuários, já as atividades domésticas indicam uma conquista na independência, de modo a conseguir viver na sociedade sem a necessidade de uma ajuda diária (SALLES; BARROS, 2009). Entretanto, os dados deste estudo apontam que a atividade doméstica é a terceira que mais sofre interferências pelo transtorno mental, o que pode indicar então que o fator independência pode estar prejudicado. Outro fator que interfere no dia-a-dia dessas pessoas, são os efeitos colaterais da medicação, o que pode levar a não adesão ao tratamento, além de não considerarem a necessidade do uso pela perda do senso crítico (CARDOSO; GALERA, 2006; CARDOSO et al., 2011), o que pode gerar recaídas e influenciar no processo de reabilitação psicossocial.

Diante da caracterização do perfil dos usuários, seguem as reflexões sobre as habilidades de vida independente e o funcionamento ocupacional.

6.2 As Habilidades de Vida Independente e o Funcionamento Ocupacional dos usuários

Também foram investigados outros aspectos do cotidiano dos usuários, por meio da autoavaliação do funcionamento ocupacional e das habilidades de vida independente. Na apresentação dos resultados, na etapa quantitativa, as tabelas apresentam as frequências e porcentagens referentes a esses aspectos.

Nas tabelas 9 e 11 são apresentados os dados referentes às habilidades de vida independente. Na tabela 9 as respostas são referentes a cada item e na tabela 11 são apresentados os escores por subescala e o escore global. A sigla NO, refere-se a não oportunidade de desenvolvimento de alguma habilidade ou não se aplica ao caso. Como

previsto pelo inventário, as questões foram dirigidas às pessoas mais próximas dos usuários, indicadas por eles mesmos, as quais foram: filhos, esposo(a), pai ou mãe, irmãos, amigos, outros familiares e profissionais do CAPS. A maior porcentagem foi representada pelo pai ou a mãe (27,7%), seguido dos irmãos (21,7%) e dos filhos (17%), corroborando com os resultados da tabela 4 e 5, os quais indicam que a maioria dos usuários moram com os pais e/ou filhos e que são as principais redes de apoio. Entretanto, os irmãos também aparecem como pessoas indicadas a responderem o inventário, além de outras pessoas, incluindo o profissional do CAPS, o que pode sugerir que apesar de não morarem juntos, são pessoas próximas aos usuários e ao convívio de seu cotidiano.

Conforme as orientações do inventário, o entrevistado classificou cada item de acordo com a frequência de ocorrência do comportamento/habilidade, durante o último mês que antecedeu a entrevista, com opção de cinco tipos de respostas, que variou de 0 a 4, indicando o maior nível de habilidades de vida independente, quanto mais próximo da pontuação máxima 4.

Na tabela 9, pode-se observar que para todos os itens na subescala Alimentação, a maior frequência de resposta ocorreu na opção *sempre*, indicando que os usuários possuem certa independência para as atividades que envolvem a alimentação. Vale lembrar que nos itens 5 e 8 os valores foram invertidos, conforme orientação do artigo de validação transcultural, portanto a maior porcentagem encontra-se na opção *nunca*, porém com valor 4, indicando maior independência. O item de menor frequência na resposta *sempre* e, consequentemente, com pontuação menor, refere-se aos bons hábitos nutricionais, entretanto ainda apresenta uma porcentagem significativa (63,8%). Na tabela 11 verifica-se que na mesma subescala o escore médio ocorreu entre 3,0 e 3,9, confirmando que para essa habilidade os usuários apresentam certa independência. A média obtida neste estudo é maior que em outros estudos que utilizaram o mesmo inventário (BANDEIRA; LIMA; GONÇALVES, 2003; WAGNER et al., 2006). Entretanto, corrobora com um estudo também realizado em CAPS, no qual a média para a Alimentação foi de 3,29 (RODRIGUES, 2012) e com o estudo de validação transcultural do ILSS-BR, com média de 3,09 (LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003). Outro estudo realizado com usuários de um ambulatório de saúde mental, que comparou antes e depois de uma intervenção grupal de terapia ocupacional, também apontou resultados positivos em alguns itens da subescala Alimentação (CIRINEU, 2011).

Na subescala Cuidados Pessoais a maior ocorrência de respostas também foi para a opção *sempre*, o item com menor frequência foi o item 5, o qual refere-se à habilidade de

barbear-se, todavia, a baixa frequência é explicada pelo fato de que a maior porcentagem dos usuários deste estudo são mulheres, sendo que 59,6% não responderam, caracterizando como NO, ou seja, o usuário não teve oportunidade de apresentar tal habilidade (para os casos de homens sem barba) ou não se aplica ao caso (para as mulheres). Sugere-se uma adaptação neste item, incluindo uma habilidade comum às mulheres, como depilar-se ou fazer as unhas. Vale lembrar que no item 13, os valores foram invertidos, com maior porcentagem na opção *nunca*, porém com valor 4. O escore médio da subescala ficou entre 3,0 e 3,9, indicando um bom desempenho nas atividades de autocuidado. Outro estudo realizado no CAPS (RODRIGUES, 2012), com média 3,08 foi o único que se aproximou. O estudo realizado no ambulatório não apresentou resultados significativos para essa subescala, entretanto, aponta, por meio de relato dos familiares, que os usuários tiveram algumas mudanças nas atividades de autocuidado, após participação nos grupos de atividades (CIRINEU, 2011).

Na subescala Atividades Domésticas a maior ocorrência de respostas também foi na opção *sempre*, com menor frequência no item 9, o qual refere-se ao uso correto da quantidade de sabão para lavar as roupas. O escore médio para a subescala ficou entre 3,0 e 3,9, indicando que os usuários conseguem, na medida do possível, realizar as atividades domésticas e cuidar da casa. A média obtida é maior que em outros estudos (BANDEIRA; LIMA; GONÇALVES, 2003; LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003; WAGNER et al., 2006), inclusive do realizado no CAPS (RODRIGUES, 2012), com média de 2,50. O estudo realizado no ambulatório apontou mudanças significativas para quase todos os itens desta subescala, referindo-se aos depoimentos dos usuários sobre as mudanças de comportamento em casa (CIRINEU, 2011).

Na subescala Preparação e Armazenamento de Alimentos, a opção de resposta *sempre* foi a com maior porcentagem, indicando que os usuários apresentam certa independência para a preparação dos alimentos, incluindo a organização e limpeza dos utensílios, o item com menor ocorrência foi o de preparação de refeições simples que precisam de cozimento, indicando que possuem dificuldade e precisam de orientação para o preparo de refeições como ovo, macarrão, arroz, etc, e possuem certa independência para as refeições simples sem cozimento como lanches, leites e saladas. Esta subescala foi a que apresentou o melhor nível de habilidades, com escore médio de 4,0, indicando um ótimo desempenho, diferente de outros estudos (BANDEIRA; LIMA; GONÇALVES, 2003; LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003; RODRIGUES, 2012; WAGNER et al., 2006), com escores muito baixos. Entretanto, o estudo realizado no ambulatório apontou resultados significativos em alguns itens (CIRINEU, 2011).

Na subescala Saúde a maior ocorrência de respostas foi a opção *sempre*, com menor porcentagem no item 5, o qual refere-se ao respeito às regras de segurança durante o ato de fumar, entretanto, é observado que 61,7% não responderam este item, indicando que 29 usuários não são fumantes, portanto, caracterizando como NO. O item com menor nível de habilidade foi o item 3, que diz respeito à habilidade de procurar por serviços públicos adequados, com maior porcentagem para a opção *nunca* (42,6%), indicando que os usuários possuem dificuldade de buscar auxílio sozinhos, necessitando de orientação e ajuda para a busca dos cuidados necessários. Outro item que chama a atenção, apesar de 53,2% das respostas indicarem a opção *sempre*, foi o item 7, com 31,9% das respostas na opção *nunca*, o qual indica um número expressivo de usuários que não conseguem tomar a medicação sem supervisão, mas aceitam a medicação, conforme o item 6, apesar de citar os efeitos colaterais como uma das interferências do transtorno mental, como descrito na tabela 8. No item 8 os valores foram invertidos, com 100% das respostas na opção *nunca*, porém com valor 4. O escore médio da subescala foi entre 3,0 e 3,9, o que sugere que os usuários apresentam certa independência para as atividades que envolvem a saúde. A média obtida é maior que em outros estudos (BANDEIRA; LIMA; GONÇALVES, 2003; LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003; RODRIGUES, 2012; WAGNER et al., 2006). O estudo realizado no ambulatório apontou que não houve alterações estatisticamente significativas nesta subescala, porém destaca que os usuários apresentaram mudanças importantes após participação no grupo, por meio dos relatos (CIRINEU, 2011).

Na subescala Administração de Dinheiro a maior parte das respostas indica a opção *sempre*, com menor porcentagem no item 8, o qual refere-se à compreensão aos termos tutela e curadoria, entretanto, 70,3% não responderam, ou seja, não se aplica, o que indica que essa mesma porcentagem de usuários não recebem tutela. O item com menor nível de habilidade é o item 7, seguido do item 6 e 5, o que sugere que os usuários possuem dificuldades para organização, administração do dinheiro, pagamento de contas e na procura de ajuda quando necessitam. Não obstante, o escore global ficou entre 3,0 e 3,9, o que sugere que possuem dificuldades, mas não são totalmente dependentes. A média neste estudo também se apresenta maior que em outros estudos (BANDEIRA; LIMA; GONÇALVES, 2003; LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003; RODRIGUES, 2012; WAGNER et al., 2006). O estudo realizado no ambulatório aponta resultados estatisticamente significativos para quase todos os itens, exceto o item 8 (CIRINEU, 2011).

Na subescala Transporte a maior ocorrência de respostas foi na opção *sempre*, com menor ocorrência no item 6, o qual refere-se ao fato de fazer viagem a longa distância, é

observado que 38,3% encontra-se na opção NO, ou seja, os usuários não tiveram a oportunidade de realizar tal habilidade, todavia, o item 6 foi o de maior ocorrência na opção *nunca*, indicando que 36,2% viajam, mas não conseguem realizar tal habilidade sem orientação. A média do escore global foi de 4,0, corroborando com os dados já apresentados na tabela 6, os quais aponta que os usuários vão ao CAPS sozinhos, seja de ônibus, à pé, de carro ou moto e apenas 14,9% precisam ser acompanhados. Mais uma vez a média neste estudo foi maior que a encontrada em outros, sendo 2,74 (RODRIGUES, 2012), 1,13 (LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003), 0,92 (WAGNER et al., 2006). O estudo realizado no ambulatório aponta que esta subescala obteve resultados significativos em quase todos os itens (CIRINEU, 2011).

Na subescala Lazer seis dos nove itens a maior ocorrência foi na opção *sempre*, contudo, é observado que alguns itens não foram respondidos, caracterizando como NO, principalmente nos itens 5, 7 e 8, os quais se referem à escrita de cartas, jogos de carta e mesa e leitura de jornal, indicando que são atividades que os usuários não costumam realizar. Todavia, como já discutido e apresentado na tabela 3, os usuários assinalaram várias atividades das quais ocupam o tempo livre, indicando que possuem lazer, destacando que muitas destas atividades não estão contempladas no inventário, corroborando com a média global que foi entre 3,0 e 3,9, o que sugere que possuem um bom desempenho e independência para essa habilidade. Os escores de outros estudos para essa subescala (RODRIGUES, 2012; LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003; WAGNER et al., 2006) são muito baixos se comparado com o deste estudo. O lazer é uma vivência que pode oferecer a oportunidade de distração e socialização, por meio de atividades que são importantes no cotidiano, tanto para sua qualidade de vida, quanto para a inserção social (RODRIGUES, 2012). Na subescala Lazer o estudo realizado no ambulatório aponta que as intervenções grupais não resultaram em mudanças estatisticamente significativas, no entanto, os relatos indicam que os usuários participavam de atividades prazerosas (CIRINEU, 2011).

Na subescala Emprego a maior ocorrência foi na opção NO, corroborando com os dados já apresentados anteriormente, visto que 40,4% dos usuários estão aposentados e não procuram mais por empregos. O que chama atenção é o item 5, o qual indica que 42,3% não possuem aspirações realísticas de emprego, com maior ocorrência na opção *nunca*, contudo, vale lembrar que essa é uma percepção dos entrevistados e não dos próprios usuários. Neste íterim, como já discutido anteriormente, uma das principais interferências do transtorno mental no cotidiano, apontadas pelos próprios usuários, foi o fato de não conseguirem mais trabalhar, corroborando com a média global da subescala, a qual foi a mais baixa neste estudo,

entre 2,0 e 2,9. Ainda assim a média ainda é maior que em outros estudos (LIMA; BANDEIRA; GONÇALVES, 2003; RODRIGUES, 2012; WAGNER et al., 2006). O estudo realizado no ambulatório também evidencia que muitos itens não foram respondidos e que não houve mudanças estatisticamente significativas após o grupo, e que, apesar do anseio dos usuários por trabalhar, eles encontram dificuldade de inserção no mercado de trabalho (CIRINEU, 2011).

Na tabela 11 é apresentada o escore global do inventário, com média entre 3,0 e 3,9, o que sugere que os usuários deste estudo apresentam bom nível de independência e desempenho em suas atividades cotidianas. Vale ressaltar que seis das nove subescalas estão na mesma média do escore global, duas estão acima da média, com destaque para a Preparação e Armazenamento de Alimentos e o Transporte, e apenas a subescala Emprego está abaixo da média global. É importante destacar que alguns estudos encontrados, que utilizaram o mesmo inventário, são estudos realizados com pessoas em situação de internação prolongada em hospitais psiquiátricos ou em processo de desospitalização, apenas dois estudos foram realizados em contextos de desospitalização total, sendo que um foi realizado em CAPS e outro em ambulatório de saúde mental. Os resultados positivos encontrados pedem algumas considerações, as quais podem justificar tais resultados, os usuários do presente estudo vivem na comunidade, em processo de reabilitação psicossocial, sob a assistência de um novo modelo de cuidado em saúde mental, alocados em serviços de base territorial, o qual prioriza um cuidado em rede e intersetorial.

Convém destacar ainda que os estudos realizados com o ILSS-BR, os internacionais, com concentração nos Estados Unidos, e os nacionais, concentrados na região sul do Brasil, foram utilizados em sua maioria com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, de acordo com um estudo de revisão integrativa sobre as habilidades de vida independente (RODRIGUES, 2012), corroborando com o presente estudo, no qual a maioria apresenta o diagnóstico de esquizofrenia. Ressalta-se também que o estudo realizado no ambulatório de saúde mental foi desenvolvido na mesma região do presente estudo e com usuários com diagnóstico de esquizofrenia, destaca-se que foi o único estudo que avaliou a prática da terapia ocupacional por meio do inventário, todavia, não traz os escores médios por subescala e global, o que não se pode fazer uma comparação exata.

Diante dos resultados sobre as habilidades de vida independente, faz-se necessário apontar como os usuários se autoavaliaram frente ao funcionamento ocupacional.

Na tabela 10 são apresentadas as frequências e porcentagens de respostas para cada item, já na tabela 12 são apresentadas as frequências e porcentagens de respostas por

categoria e total da SAOF.

Na categoria Causalidade Pessoal, referente à maneira como a pessoa se vê e suas expectativas de falhar ou ter sucesso nas ações, incluindo a sua percepção de capacidade de autocontrole, decisões e frustração, a maior ocorrência de resposta foi na opção *sim*. O item de menor ocorrência de resposta na opção *sim* foi o item d, que se refere às realizações no trabalho, porém o item que mais apresentou respostas *não* foi o item e, relativo às realizações no lar, mas com pouca diferença entre eles, corroborando com os resultados já apresentados em relação às dificuldades de inserção no trabalho e algumas dificuldades nas atividades domésticas, apontadas na tabela 8. Na tabela 12, pode-se observar que a categoria apresentou uma porcentagem alta na opção de resposta *sim*, com 73%, o que indica que, mesmo com algumas dificuldades, os usuários possuem boas expectativas de suas ações e que toleram suas frustrações. Nos estudos que utilizaram a SAOF, um apontou que essa categoria foi a que apresentou mais necessidade de melhora (MORAIS, 2004), nos outros dois estudos a categoria foi avaliada como ponto forte (BEZERRA, 2006; TEDESCO et al., 2010).

Na categoria Valores, referente às atividades que são importantes para as pessoas, juntamente com os padrões e objetivos estabelecidos, a maior ocorrência de resposta foi na opção *sim*, com menor ocorrência no item b, relativo aos objetivos para o futuro, entretanto, a porcentagem da categoria foi de 74,5% para a resposta *sim*, o que sugere que os usuários reconhecem as atividades que são significativas em seus cotidianos e possuem objetivos com valor. Em dois estudos que utilizaram a SAOF a categoria Valores apresentou porcentagens maiores nas respostas ponto forte e adequado, ou seja, *sim* (MORAIS, 2004; TEDESCO et al., 2010). Apenas em um estudo a categoria Valores apresentou necessidade de melhora, inclusive para o item referente às expectativas do futuro (BEZERRA, 2006).

Na categoria Interesses, a qual se refere às atividades que as pessoas gostam e lhe dão prazer, a maior ocorrência de resposta foi na opção *sim*, com 77,3%, corroborando com a discussão já apresentada aqui sobre as atividades que lhe são prazerosas, mesmo que não sejam as de caráter produtivo, como o trabalho. Diante disto, é importante destacar que o item com maior frequência de resposta na opção *não*, é o item c, relativo à participação em projetos que lhes são importantes, o que se pode deduzir, de que se trata, principalmente, dos projetos que envolvem as atividades de trabalho, já que essa foi uma das principais atividades interrompidas pela ocorrência do transtorno mental. Nos estudos que utilizaram a SAOF, um apresentou necessidade de melhora para essa categoria (TEDESCO et al., 2010), os outros dois não apontaram dificuldades (BEZERRA, 2006; MORAIS, 2004).

Na categoria Papéis, relativo aos papéis desempenhados na vida, incluindo o

conhecimento de habilidades necessárias para estes papéis, a maior ocorrência de resposta foi na opção *sim*, com exceção do item b, o qual apresentou a maior ocorrência na opção *não* e se refere ao papel de estudante, o que não se aplica aos usuários deste estudo, visto que a faixa etária encontra-se entre 40 e 49 anos e não estão mais envolvidos com este papel, justificando o resultado. O segundo item com maior ocorrência de resposta na opção *não* e *não sei*, foi o item c, relativo ao papel de trabalhador, o que já foi discutido aqui sobre grande parte dos usuários serem aposentados ou desempregados e não conseguirem trabalhar. A categoria apresentou uma porcentagem de 70,2% na opção *sim*, o que sugere que os usuários se comprometem com os papéis assumidos e conhecem as habilidades necessárias para executar tais papéis. Todos os outros estudos que utilizaram a SAOF não apontaram essa categoria como necessidade de melhora (BEZERRA, 2006; MORAIS, 2004; TEDESCO et al., 2010).

Na categoria Hábitos a maior ocorrência de resposta foi na opção *sim*, relativa à rotina e organização do cotidiano, com menor frequência no item a, que faz referência à organização satisfatória do tempo. Na tabela 12 é observado que essa foi a segunda categoria com menor frequência na opção *sim*, e maior frequência na opção *não* e *não sei*, indicando que, para os usuários, a rotina e a organização do cotidiano, principalmente do tempo, precisam de melhora, contudo, ainda apresenta uma porcentagem alta nas respostas *sim*, com 68,8%. Em um dos estudos que utilizou a SAOF a categoria hábitos também foi apontada como necessidade de melhora (BEZERRA, 2006). O estudo de tradução e validação desta escala também apontou o item “organização do tempo” como necessidade de melhora (TEDESCO et al., 2010).

A categoria Habilidades foi a categoria com menor frequência na opção *sim* e maior na opção *não* e *não sei*, todavia, ainda apresenta uma porcentagem alta na resposta *sim*, com 66%. A categoria se refere às habilidades físicas e mentais que auxiliam na expressão, contato social e ação. O item j foi o de menor frequência na opção *sim*, com 57,5% nas opções *não* e *não sei*, seguido do item m, com 55,4% nas opções *não* e *não sei*, indicando que precisam de melhora nas habilidades de cuidar das finanças e no sentir-se capaz fisicamente para fazer o que precisa. Em nenhum dos estudos que utilizaram a SAOF indicou essa categoria como necessidade de melhora (BEZERRA, 2006; MORAIS, 2004; TEDESCO et al., 2010).

Já a categoria Meio Ambiente foi a de maior frequência na opção *sim*, com 89,4%, a qual se refere à variedade de locais onde a pessoa passa o tempo, incluindo as pessoas, os objetos e recursos sociais. Os principais locais, pessoas e recursos citados foram: locais religiosos; CAPS; casa de familiares e amigos; a própria casa; bosque/parque/chácara; locais

culturais; lojas; festas e praia, dentre eles, os locais religiosos são os mais lembrados pelos usuários com 44,7%, seguido do CAPS com 23,4%. Os resultados corroboram com os dados apresentados na tabela 1, relativa à religiosidade dos usuários, apontando que grande parte possui uma religião e que para a maioria é a católica. Apesar da categoria apresentar a maior porcentagem de respostas *sim*, ou seja, percebida como ponto forte e adequada, além da igreja, o segundo lugar considerado como favorável é o CAPS, os outros locais citados representa uma porcentagem muito baixa, o que confirma os dados da tabela 5, onde é apresentada a rede de apoio social e que as pessoas com as quais mais os usuários se apoiam são os familiares, o que pode indicar uma rede social restrita e pouco convívio em outros locais que não seja a própria casa, o CAPS e a igreja, apesar desta última não ser reconhecida como fonte de apoio. Portanto, a categoria foi reconhecida com ponto forte, no entanto, não apresenta uma variedade de locais, pessoas e recursos.

Na tabela 12 é observado que a ocorrência total de respostas da SAOF foi de 70,6% para as respostas *sim*, portanto *ponto forte/adequado*, 22,5% para *não*, e, 6,8% para *não sei*, ou seja, 29,3% como *precisa melhorar*, o que sugere que os usuários possuem uma boa percepção do seu funcionamento ocupacional. Vale ressaltar que na clínica, para as respostas *não* e *não sei*, é feito uma análise de prioridades para os itens que precisam melhorar, juntamente com o usuário, a fim de priorizar seus interesses no projeto terapêutico, todavia, neste estudo, como se trata de uma pesquisa, as duas respostas foram consideradas igualmente.

As duas categorias, Hábitos e Habilidades, apontadas com maior frequência nas respostas *não* e *não sei*, indica que são as duas categorias que mais precisam de melhora. Os hábitos envolvem as atividades de rotina, são adquiridos o tempo todo, possuem um carácter individual na medida em que representa a sequência pela qual as tarefas estão ligadas às rotinas, portanto um déficit nos hábitos indica um rompimento da rotina diária. As habilidades são individualizadas pelo estilo de realização de determinadas atividades ou tarefas, podem ser demonstradas pontualmente. A tarefa, o ambiente social e físico podem ser fatores que afetam os hábitos e as habilidades (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003).

Deve-se ainda considerar que além do estudo de tradução e validação (TEDESCO et al., 2010), apenas outros dois estudos brasileiros utilizaram a SAOF, um avalia o cotidiano de mulheres em situação de obesidade (MORAIS, 2004) e outro avalia o cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica (BEZERRA, 2006). O estudo de validação e tradução da SAOF foi realizado com pessoas usuárias de substâncias psicoativas, em situação de internação e ambulatório, já o presente estudo é o único que avalia a população de pessoas

com diagnóstico de transtorno mental, usuárias de CAPS. Portanto, tais estudos citados acima, não se apresentam como totalmente adequados para comparações, por se tratar de estudos com populações distintas.

Diante dos resultados dos dois instrumentos, alguns aspectos em comum precisam ser destacados. Primeiro, o fato das categorias hábitos e habilidades na SAOF serem as que mais necessitam de melhora, sob a percepção dos usuários, corrobora com a percepção das pessoas entrevistadas, apresentada nos resultados do ILSS-BR, o qual indica um bom nível de independência, porém, ainda com dificuldades em algumas habilidades e atividades do cotidiano. Os itens com menor nível de independência no ILSS-BR foram: bons hábitos nutricionais; uso correto do sabão para lavar roupas; preparo de refeições simples que precisam de cozimento; procurar por serviços públicos adequados; medicação sem supervisão; organização, administração e pagamento de contas; viagens à longa distância, viajar sem orientação; aspirações realísticas de emprego. Os itens com mais necessidade de melhora na SAOF foram: realizações no trabalho; realizações no lar; objetivos para o futuro; participação em projetos importantes; papel de estudante e trabalhador; organização do tempo; cuidar das finanças; sentir-se fisicamente capaz para fazer o que precisa e, falta de variedade de locais, pessoas e recursos.

Pode-se, portanto, destacar e refletir sobre algumas dificuldades estarem relacionadas entre si, por exemplo: 1) as realizações no trabalho, o papel de trabalhador e a não aspiração realística de emprego. A inserção no mercado de trabalho apresenta-se como um marco para a constituição da vida adulta, da rede social e do reconhecimento de ser alguém capaz (SALLES; BARROS, 2009), o que neste estudo foi a principal atividade, que sofreu interferências pelo aparecimento do transtorno mental; 2) as realizações no lar, o uso correto de sabão, preparo de refeições simples, cuidar das finanças e organização, administração e pagamento de contas. Um dos primeiros passos para a conquista da independência e de saber viver na sociedade sem o auxílio diário de outras pessoas pode ser influenciado pela capacidade de cuidar da casa (SALLES; BARROS, 2009) e também de todos os afazeres que estão implicados nessa tarefa; 3) a falta de variedade de locais, pessoas e recursos, não procurar por serviços públicos adequados, não fazer viagens à longa distância e viajar somente com orientação. O estigma causado pela representação da sociedade acerca da loucura pode gerar interrupções na comunicação, levando a uma exclusão social (RIBEIRO; MARTINS; OLIVEIRA, 2009), o que se torna necessário pensar em como instituir papéis e espaços ainda não ocupados e que são de suma importância para a inserção social dessas pessoas (ASSAD; PEDRÃO, 2013); 4) a percepção de não sentir-se fisicamente

capaz de fazer o que precisa, falta de objetivos para o futuro e a não participação em projetos importantes. A desvalorização de algumas atividades pode aumentar a sensação de vazio e desconexão com o mundo compartilhado (SALLES; BARROS, 2009), o que gera tais sentimentos de incapacidade e a falta de expectativas para o futuro. É importante então ressaltar que, quando a autonomia e independência estão comprometidas isso pode repercutir na autoestima e no funcionamento ocupacional das pessoas, gerando prejuízos no desempenho ocupacional (MORAIS, 2004).

Por conseguinte, apesar dos resultados se apresentarem de forma positiva, com um bom nível de independência e com um bom funcionamento ocupacional, as dificuldades apontadas podem estar articuladas e repercutirem no cotidiano dessas pessoas. Desta forma, espera-se que as estratégias de cuidado utilizadas pelos terapeutas ocupacionais possam contribuir para o processo de reabilitação psicossocial e, principalmente, para a construção de um cotidiano possível.

6.3 Estratégias de cuidado utilizadas pelos terapeutas ocupacionais e suas percepções sobre o cuidado em saúde mental, o funcionamento ocupacional, as habilidades de vida independente e a contribuição de suas estratégias

Perante as dificuldades cotidianas apresentadas pelos usuários dos CAPS participantes do presente estudo, faz-se necessário discutir sobre as práticas de cuidado que são realizadas nesses locais, tendo em vista as dificuldades cotidianas apresentadas por essa população. No entanto, antes de discorrer sobre as estratégias utilizadas, é de suma importância o entendimento de como os terapeutas ocupacionais percebem o cuidado em saúde mental.

No quadro 2 é apresentada a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o cuidado em saúde mental. Nele, é possível observar que os terapeutas ocupacionais consideram o cuidado como essência do trabalho, resultando em três categorias temáticas, nas quais o cuidado é compreendido como *integral, singular e interdisciplinar/intersetorial*, culminando com as ideias do novo modelo de atenção em saúde mental.

A concepção de cuidado em saúde mental pelos terapeutas ocupacionais deste estudo vai ao encontro com os princípios dos SUS, a base sustentadora do cuidado em saúde, onde a direção do tratamento dos usuários deve ser voltada para uma perspectiva de integralidade, a qual é característica comum entre os princípios do SUS e a atuação dos terapeutas ocupacionais, desta forma, ao distanciar-se da lógica do modelo médico-assistencial-privatista, a terapia ocupacional volta-se para as necessidades sociais de saúde sob a perspectiva da integralidade, por meio de ações que vão além dos princípios reducionistas médico-organicistas (MALFITANO; PEREIRA, 2011). Além disso, pensar em integralidade é colocar em prática uma visão ampliada do processo saúde-doença, na qual o objeto torna-se a pessoa ou os grupos sociais, considerando os contextos de vida e as necessidades, desta forma, a perspectiva da integralidade deve estar presente em todas as ações do sistema, seja local ou global, individual ou coletiva, e isso implica na transformação das tecnologias empregadas, da organização dos serviços, dos processos de trabalho em saúde e da formação dos profissionais. Assim, a atenção integral em saúde mental deve buscar uma lógica comum em todas as ações terapêuticas, evitando a fragmentação dos sujeitos, das necessidades e das ações, eliminando a lógica da institucionalização e do abandono,

configurando-se como uma nova ética do cuidado (MÂNGIA; MURAMOTO, 2006).

Assim, pensar em singularidade do cuidado no CAPS, é pensar um lugar onde ocorre a articulação entre o particular, o singular de cada usuário, com a diversidade das intervenções terapêuticas, isto é, a cada demanda que se apresenta, é necessário desenvolver uma complexidade de estratégias que abrangem distintas dimensões do existir (YASUI, 2010). Considerar a singularidade e a complexidade de cada um, implica em promover um cuidado continuado e integral, de acordo com as necessidades de cada usuário, concretizado, principalmente, pela criação dos Projetos Terapêuticos Singulares - PTS (BOCCARDO et al., 2011).

Além disso, outra concepção de cuidado esteve relacionada com a interdisciplinaridade e intersetorialidade. As práticas interdisciplinares são privilegiadas no contexto dos CAPS, contribuindo para a construção de novos perfis profissionais nos processos de reabilitação psicossocial. A terapia ocupacional participa das discussões para a criação de estratégias de inclusão das diversidades nos contextos de saúde, social e educacional, o que marca sua presença nas práticas interdisciplinares e intersetoriais (ALMEIDA; TREVISAN, 2011). É necessário compreender esse funcionamento interdisciplinar como um encontro constante com outros enquadres, clínicas, discursos e diferentes campos de conhecimento, o que permite transitar por outros terrenos e abrir mão de saberes pré-estabelecidos, contribuindo para potencialização das ações terapêuticas (FERRARI, 2006). Vale salientar, ainda, que a intersetorialidade também é outra premissa para o cuidado em saúde mental e para a efetivação da Rede de Atenção em Saúde - RAS e a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS (BRASIL, 2011). Portanto, a intersetorialidade propõe pensar o CAPS como uma estratégia e não como um serviço isolado, assumir a responsabilidade de toda a demanda é retroceder ao hospital psiquiátrico e ao modelo hegemônico (YASUI, 2010).

Não obstante, ainda existe um grande desafio para os processos de reabilitação psicossocial, e isso implica nas concepções de cuidado e na organização dos serviços em confrontos com as concepções e estratégias hegemônicas, o que sugere a transformação e a criação de novos perfis profissionais. Diante as Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil, novas estratégias de cuidado em saúde mental foram criadas e adotam uma nova forma de compreender e intervir nas pessoas com diagnóstico de transtorno mental, o que depende de uma reformulação dos modelos assistenciais orientados por uma perspectiva da integralidade, entendida principalmente, por novos valores e dispositivos técnicos (MÂNGIA; MURAMOTO, 2006). Desta forma, acredita-se que nesse novo modelo de atenção a terapia

ocupacional deve tomar como objeto a pessoa e não a doença, o sujeito-alvo precisa ser compreendido como sendo as pessoas com necessidades/desejos no cotidiano e em experiência com o sofrimento mental, utilizando-se de estratégias guiadas pela diversidade, invenção e interdisciplinaridade, tomando como agente de cuidado o coletivo, considerando o familiar, a comunidade e outros profissionais, o lugar do cuidado deve ser em rede e intersetorial, voltado para uma prática pela inserção social e autonomia.

A partir dessa compreensão de cuidado em saúde mental, as terapeutas ocupacionais do presente estudo descreveram várias estratégias de cuidado. No quadro 3 pode-se verificar que as estratégias propostas estão articuladas de acordo com cada categoria de concepção de cuidado, tais como, *Estratégias de Cuidado Integral, como visitas domiciliares, atendimento ao familiar, acompanhamento terapêutico, grupos, oficinas, AVD's e assembleias; Estratégias de Cuidado Singular, como acolhimento e escuta, atendimento individual, atendimento à crise, triagem/avaliação e acompanhamento terapêutico; e Estratégias de Cuidado Interdisciplinar e Intersetorial, como articulação com a rede de saúde e outros setores da comunidade, grupos, oficinas de geração de renda, atividades socioculturais, matriciamento em saúde mental e discussão de casos.*

Pode-se verificar que as estratégias citadas pelos terapeutas ocupacionais são comuns a outros núcleos profissionais. Isso pode provocar duas reflexões, uma sobre a necessidade da articulação dos núcleos para uma produção de cuidado eficiente e outra sobre a especificidade da atuação do terapeuta ocupacional.

Sobre a necessidade de articulação dos núcleos deve-se partir do pressuposto de que na produção do cuidado em saúde coexistem vários núcleos profissionais e que se estes estão realmente comprometidos com a vida, devem compreender, de forma positiva, as relações nas diferentes dimensões tecnológicas que incorporam a produção de cuidado (MERHY, 2002).

Assim, pode-se dizer que as terapeutas ocupacionais deste estudo definem suas estratégias no cuidado em saúde mental de acordo com seus saberes e práticas específicos, compreendendo que estas estratégias podem ser reconhecidas nas práticas de outros núcleos profissionais. Ou seja, há a existência de uma saber muito específico sobre determinado problema, no qual se destaca o campo profissional de ação, porém esse campo de ação, seja qual ele for, é sempre marcado pela dimensão do cuidado (MERHY, 2002). Além disso, se é preconizado um cuidado interdisciplinar, cada membro da equipe é parte de um processo de criação nesse cuidado, com objetivo único de construir ou reconstruir possibilidades aos usuários, a partir das singularidades e heterogeneidades de cada núcleo, portanto, tudo que

emerge desse processo não poderá ser atribuído a um único ator (FERRARI, 2006).

A especificidade da atuação da terapia ocupacional nos CAPS deste estudo corrobora com outros, no sentido de que não é definida pela caracterização das práticas de trabalho realizadas nesse serviço, porém é possível identificar algumas especialidades conforme a abordagem que aplicam em suas ações e colaborações nas discussões com a equipe (JUNS; LANCMAN, 2011). Pode-se então pensar que essa especificidade é identificada pelos objetivos de cada núcleo dentro da área de atuação. Quando falamos no campo profissional de ação específica, a terapia ocupacional como já apresentada anteriormente, vai pensar e propor suas práticas no cenário do fazer humano, voltadas para um cotidiano possível, promovendo inserção social e autonomia. Ou seja, a terapia ocupacional contribui para que as pessoas se envolvam em atividades cotidianas que necessitam ou queiram fazer, apoiando sua saúde e participação na vida (CARLETO et al., 2010).

No campo da saúde mental, a terapia ocupacional, por meio da sua especialidade, deve promover a ampliação do cuidado, utilizando da ferramenta atividades, que reflete na cotidianidade do sujeito, para a transformação do lugar social, conjuntamente com outros atores envolvidos no processo (RIBEIRO; MACHADO, 2008). O processo de trabalho, o raciocínio clínico e o ato terapêutico ocupacional se realizam no sentido da produção de seu objeto de trabalho, o que corresponde ao fazer humano relativo ao trabalho, lazer e atividades domésticas, busca amenizar limitações e dificuldades, ao mesmo tempo potencializa talentos, habilidades e aptidões, promovendo o encontro entre essas habilidades e as ocupações oferecidas no mundo contemporâneo. Contudo, o ato terapêutico ocupacional deve apoiar-se ao contexto disciplinar sem limitar-se a ele, considerando a disciplina a partir da inter e da transdisciplinaridade. Assim ao pensar sob esse foco na saúde mental, a proposta de se trabalhar de forma inter e transdisciplinar coloca em questão a especificidade das técnicas do conhecimento de cada núcleo profissional, visto que as intervenções passaram a ser coletivas, portanto, a formação do conhecimento e técnicas passou a ser de todos e para todos. (ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

Neste contexto, as estratégias de cuidado utilizadas pelo núcleo da terapia ocupacional são embasadas por um saber específico e articuladas com outros saberes. A proposta, neste estudo, é pensar como essas estratégias de cuidado podem colaborar para o processo de reabilitação psicossocial. Aqui foi proposto pensar a partir do enfoque no funcionamento ocupacional e nas habilidades de vida independente, e mais amplamente no cotidiano. Conforme descrito no quadro 4, foi possível observar três categorias para a

percepção sobre o que é o funcionamento ocupacional e uma única categoria para as habilidades de vida independente.

O funcionamento ocupacional foi compreendido como *funcionalidade/desempenho; se perceber em funcionamento; produtividade/trabalho*.

O conceito de funcionalidade descrito pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aborda as funções e estruturas do corpo, atividades e participação (OMS, 2003). Algumas das falas descritas no quadro 4, ainda representam uma visão reducionista, no sentido de recuperação e função. Entretanto, entende-se que pensar funcionalidade e desempenho no campo da saúde mental, vai além das estruturas físicas do corpo, deve envolver o engajamento nas atividades cotidianas da forma mais independente possível e, conseqüentemente, a participação e inserção social. Todavia, algumas percepções legitimam a concepção de funcionamento ocupacional proposta pelo instrumento SAOF utilizado, o qual descreve sobre como a pessoa deve ser avaliada quanto à potência que usa seu desempenho e suas áreas de habilidade (TEDESCO, 2000) e, pelas concepções de desempenho descritas pela Associação Americana de Terapia Ocupacional - AOTA. Isto sugere que os terapeutas ocupacionais pensam suas práticas conforme o pressuposto de que o funcionamento ocupacional abrange as áreas do desempenho e que as ações precisam estar associadas com essas áreas para a promoção da participação social, dentro de um cotidiano possível.

Para a concepção de *se perceber em funcionamento*, as falas indicam o entendimento da descoberta dos usuários do que ainda é possível a partir das suas potencialidades. A terapia ocupacional acredita na potencialidade das pessoas se desenvolverem funcionalmente para uma maior independência dentro de suas possibilidades, valorizando a individualidade e subjetividade, de modo a compreendê-las como seres expressivos, criativos, lúdicos e sociais (BARROS, 2010).

Na concepção *produtividade/trabalho*, as falas indicam que as terapeutas ocupacionais acreditam na relação entre o funcionamento ocupacional e o fato dos usuários se envolverem com o trabalho e aquisição de um emprego. Foi observado no perfil dos usuários que a maioria está desempregada ou aposentada e que a primeira interferência do transtorno mental na vida dessas pessoas refere-se a não conseguir trabalhar, além disso, foi um fator destacado nos dois aspectos avaliados nos usuários, tanto para o ILSS-BR quanto para a SAOF. A ruptura da atividade de trabalho, gerada principalmente pela lógica da sociedade capitalista, ao impor a produtividade, levam os terapeutas ocupacionais a repensarem novas formas de incluir o trabalho nos projetos terapêuticos. Dentre as diversas estratégias

apresentadas pelas terapeutas ocupacionais, são destacadas as oficinas de geração de renda, o que sugere uma tentativa de inserção pelo trabalho. Alguns movimentos de inserção social pelo trabalho, principalmente pela via da economia solidária, tem sido foco de pesquisas e práticas atualmente no campo da saúde mental (LUSSI; SHIRAMIZO, 2013; SILVA; CORTEGOSO; LUSSI, 2014).

A economia solidária se articula com o movimento da luta antimanicomial, uma vez que representam uma luta pela inclusão social e econômica (BRASIL, 2005). Desta forma, o desenvolvimento de atividades pelo trabalho está diretamente relacionado à evolução do processo de reabilitação psicossocial, por meio do reconhecimento da cidadania e do direito ao trabalho (LUSSI, 2010), culminando para o desenvolvimento da contratualidade, sendo o trabalho um dos três cenários desse processo (SARACENO, 2001). A terapia ocupacional, por sua vez, é reconhecida como uma agente de transformação de relações sociais e tem ocupado espaços de incubação de cooperativas (GHIARDI, 2007).

Para a compreensão das habilidades de vida independente, uma única categoria foi identificada, descrita como *independência e autonomia*. Apesar do instrumento utilizado para a avaliação das habilidades de vida independente, o ILSS-BR, não ter sido construído por terapeutas ocupacionais, nem ter como referencial teórico as bases da terapia ocupacional, é proposta uma concepção que vai ao encontro das propostas da terapia ocupacional, ao pensar na possibilidade de um funcionamento mais independente na comunidade, o que tem sido objetivo da terapia ocupacional, não só no campo da saúde mental, mas como objetivo do núcleo terapia ocupacional.

A terapia ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas, física, sensorial, mental, psicológica e/ou social, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação social (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP), 1997). Na saúde mental a terapia ocupacional volta-se para a construção de um cotidiano interrompido e para projetos de produção de sentido, com objetivo de inserção social e autonomia (ALMEIDA; OLIVER, 2001; ALMEIDA; TREVISAN, 2011; BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2010; MÂNGIA, 2002; TAKATORI, 2001).

Ao pensar nos termos independência e autonomia, são observados diferentes conceitos para defini-los. A autonomia seria a capacidade de se autogovernar, de livre arbítrio quanto ao seu próprio destino, no fazer ou não, no ir ou não, no aceitar ou no recusar, concedida por parâmetros biológicos e de convívio social (MARCOLINO, 2007). Em alguns

estudos a autonomia é definida como senso de competência, controle e realização, ou seja, a capacidade do indivíduo portador de transtorno mental entender sua própria situação, fazer planos e escolhas e perseguir objetivos pessoais (GRANERUD; SEVERINSSON, 2003). Outros autores relacionam o conceito de autonomia com a capacidade para o autocuidado, com a competência para realizar as atividades da vida diária e com as habilidades sociais em negociar e competir por recursos na comunidade (SELOILWE; THUPAYAGALE-TSHWENEAGAE, 2007; WAGNER et al., 2006). Já o termo independência refere-se ao grau de funcionamento nas diversas áreas da vida cotidiana (BANDEIRA; GELINAS; LESAGE, 1998; LIBERMAN et al., 1993; WALLACE; LIBERMAN, 1985) e às atividades funcionais básicas de vida de pessoas com diagnóstico de transtorno mental, de forma abrangente, objetiva e focada no desempenho (WALLACE et al., 2000). Para a terapia ocupacional as pessoas são consideradas independentes quando desempenha ou dirige ações necessárias para sua participação social, sem considerar a quantidade ou tipo de assistência desejada ou requerida (CARLETO et al., 2010).

As falas das terapeutas ocupacionais apresentadas no quadro 4 circulam entre esses dois termos. Contudo, para se chegar ao objetivo final da terapia ocupacional, que é a manutenção da autonomia, é preciso compreender o que cada pessoa identifica como saúde para si para promover a ampliação dos espaços de saúde no seu cotidiano (MAXIMINO; PETRI; CARVALHO, 2012).

Assim, a partir da concepção de cuidado, dos conceitos de funcionamento ocupacional e habilidades de vida independente e da descrição das estratégias de cuidado utilizadas na prática do cuidado em saúde mental, as terapeutas ocupacionais apontaram no quadro 5 a percepção frente a contribuição das estratégias de cuidado para o funcionamento ocupacional e habilidades de vida independente, resultando em uma única categoria temática, *compreensão e ampliação do cotidiano*. O cotidiano tem sido reconhecido como local de efetivação dos projetos sociais e políticos dos CAPS, um local onde se buscam: uma rede social solidária em uma sociedade globalizada, um lar em um país diante as desigualdades sociais; a inserção social laborativa no mercado competitivo; e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, com a necessidade de uma recomplexificação (SOUZA; GULJOR; SILVA, 2014). A partir da mudança de modelo de atenção em saúde mental, a terapia ocupacional, como já apresentado anteriormente, modifica seu objeto e propõe a vida cotidiana como investimento de cuidado, deixando de intervir apenas na doença e sintomas (MÂNGIA, 2000).

Portanto, as terapeutas ocupacionais deste estudo caminham de acordo com as

propostas dos CAPS e as percepções estão intrinsicamente relacionadas aos referenciais e fundamentos da profissão, visto que o cotidiano é o lócus da intervenção da terapia ocupacional. “A clínica da terapia ocupacional é criada no encontro de um cotidiano possível, pois ele é ou foi violentamente transformado, pela sua interrupção” (BENETTON; TEDESCO; FERRARI, 2003, p. 38). Para a terapia ocupacional,

[...] o desafio de repensar a reabilitação a partir da vida cotidiana, sobre o que torna as pessoas hábeis ou inábeis e sobre como desempenham sua contratualidade social. Essas preocupações têm deslocado os settings experimentais da TO, para os espaços reais do habitar, do trabalhar e do conviver. Os pacientes têm que poder usar suas habilidades no mundo, e o processo de reabilitação se transforma em um processo de reconstrução/construção de redes relacionais. Para nós também é assim, não é? Nossa inserção social está referida há um amplo espaço de trocas dos quais participamos, nossa casa, os espaços sociofamiliares de trocas, nosso trabalho. É num amplo conjunto de cenários que desempenhamos e desenvolvemos nossas habilidades, nos diferentes momentos de nossas vidas (MÂNGIA, 2000, p. 31).

Portanto, o que se percebe é que frente ao novo modelo de atenção em saúde mental, as novas práticas da terapia ocupacional procuram promover o cuidado nos espaços de vida, não mais num *setting* terapêutico fechado, mas com projetos que envolvam as pessoas em atividades significativas no cotidiano, impulsionando a participação ativa no processo terapêutico (ALMEIDA; TREVISAN, 2011). Pensar os espaços de vida é sugerir o cuidado a partir da lógica do território, é considerar a vida que pulsa nesse lugar, ativar os recursos existentes, estabelecer alianças e estar atento para os modos de organização, de articulação, de resistência e de sobrevivência que as pessoas que ocupam esses espaços inventam no seu cotidiano (LIMA; YASUI, 2014).

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica, que influenciou fortemente as práticas dos terapeutas ocupacionais no campo da saúde mental no Brasil (BENETTON, 1994; LIMA; PASTORE; OKUMA, 2011; MÂNGIA, 1990, 1998) defende a ideia de que para a terapia ocupacional, as atividades, um dos elementos do processo terapêutico, possibilitam a ampliação de espaços saudáveis para construções no cotidiano (MARCOLINO; FANTINATTI, 2014). Os projetos terapêuticos ocupacionais devem estar voltados à construção de um cotidiano individual e social, na possibilidade do sujeito encontrar consigo mesmo e com o outro, resgatando sua história de vida e construindo uma nova história, a partir do aprendizado de novas habilidades e capacidades (PIRÁGINE; DI GIACOMO; AULER, 2010).

Portanto, é a partir do cotidiano que a pessoa se insere na sociedade e compartilha seu mundo social e cultural (HELLER, 1994; TAKATORI, 2001), absorve valores, normas e

visões de mundo e adquire conhecimento, o que gera autonomia e se inicia um processo de construção de um lugar social (SALLES; BARROS, 2009). É a partir da significação do cotidiano que o sujeito impõe sobre a sociedade seu jeito de ser e seu reconhecimento, o que o torna agente da mudança social (BENETTON, 2010). Contudo,

em todos os momentos, com palavras, atitudes, gestos e intenções, o terapeuta ocupacional deve estar atento e preparado para manter um espaço na narrativa que permita ao sujeito-alvo dar significados ao seu cotidiano, quando em terapia ocupacional (BENETTON, 2010, p. 39).

Desta forma, é nesse cotidiano que o sujeito encontra-se inserido em espaços relacionais, o que permite a restauração de sua contratualidade de cidadão e produtor de sentido (MÂNGIA, 2000).

6.4 Percepção dos usuários sobre a contribuição da terapia ocupacional

A partir da percepção dos terapeutas ocupacionais sobre a ampliação do cotidiano, os usuários apresentaram suas percepções acerca do cuidado recebido e sua implicação em seus cotidianos. Nos quadros 6, 7 e 8 são apresentadas as categorias temáticas referentes às percepções dos usuários frente às estratégias de cuidado da terapia ocupacional. Vale ressaltar que todos os usuários responderam *sim* à contribuição, destacando alguns aspectos. No quadro 6 foram elencadas seis categorias relacionadas à contribuição da terapia ocupacional nas atividades diárias: bem-estar, autoestima e motivação; ocupação; socialização/relacionamento interpessoal; auxílio nas atividades cotidianas; minimizar demandas e sintomas; e adesão ao tratamento. No quadro 7 foram elencadas três categorias relacionadas ao desenvolvimento das atividades de forma independente: resolução de problemas, tomada de iniciativa e autoconfiança; auxílio nas atividades cotidianas; e possibilidade de inserção social pelo trabalho. No quadro 8 foram elencadas dez categorias relacionadas à contribuição da terapia ocupacional no tratamento no CAPS de um modo geral: ocupação e distração; auxílio nas atividades cotidianas; bem-estar, autoestima e reconhecimento; enfrentamento de demandas; auxílio na crise; expressão; socialização; adesão e continuidade do tratamento; independência e autonomia; e acolhimento e escuta.

É possível observar que alguns temas apontados como aspectos de contribuição

aparecem em mais de um quadro, caracterizando-se como a mesma categoria, porém para objetivos diferentes. Portanto, optou-se por discuti-los de forma integrada.

Em relação aos sentimentos de bem-estar, autoestima, motivação e reconhecimento, pode-se observar nas falas, sentimentos positivos e prazerosos, de alívio e valorização, algumas falas referem-se a esses sentimentos após a realização das atividades, as quais possivelmente são ofertadas a partir das estratégias de cuidado como os grupos e oficinas. A terapia ocupacional, no campo da saúde mental, promove o desenvolvimento da autoestima e consequentemente auxilia na exploração do universo de possibilidades humanas, potencializando a inserção familiar e social e a prática de cidadania (BARROS, 2010). A intervenção grupal na terapia ocupacional oferece suporte para as práticas de habilidades sociais e exploração de sentimentos e ideias, além de facilitar o aprendizado e possibilitar mudanças atitudinais (BALLARIN, 2007; BARATA; COCENAS; KEBBE, 2010).

Já a ocupação é compreendida pelos usuários, no sentido de ocupar o tempo ocioso e a mente e como distração. Como apresentado anteriormente, grande parte dos usuários estão aposentados ou desempregados e as principais atividades realizadas no tempo livre são assistir televisão e ouvir música, com uma rede de apoio social restrita e pouco acesso a locais diversificados além do CAPS e da igreja, o que pode explicar tal percepção sobre o significado da ocupação. Essa “ocupação” é possivelmente ofertada, como já descrito, a partir das estratégias de cuidado como os grupos, as oficinas, as atividades socioculturais, entre outras. A formação e manutenção da cultura dependem diretamente da ocupação humana, visto que o homem interage com o meio ambiente, cria modificações e é por ele modificado (FERRARI, 1991). Em outros tempos, a ocupação ocorria para suprir uma realidade existencial formada de ausências, ausências de intercâmbios, de produções humanas, de criatividade, desta forma, as atividades realizadas em uma realidade asilar tinham o objetivo de controle, sujeição e exclusão (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001). Entretanto, hoje o termo mais utilizado na terapia ocupacional brasileira é o termo *atividade*, que é central na sustentação dos processos de raciocínio clínico e nas produções de saúde, ocupa o elemento centralizador e orientador da construção do processo terapêutico, com objetivo de tratar, educar, ensinar, organizar, alterar o ambiente, incluir pessoas num sistema que lhes permita integrações e interações, além de superar e afastar a ideia de “ocupação do tempo ocioso” imposta pelas práticas tradicionais (BENETTON, 1994, 2008; CASTRO; LIMA; BRUNELLO, 2001; LIMA; OKUMA; PASTORE, 2013; MORAES, 2008).

A socialização, o relacionamento interpessoal e a expressão aparecem nas falas como possibilidade de encontro e convívio com outras pessoas e lugares, além de uma

possibilidade de expressão das ideias, contrapondo a sensação do “tempo ocioso”, num encontro de um fazer compartilhado, o que favorece o contato, a comunicação e expressão, visto que, como descrito na tabela 8, os usuários apontaram que o transtorno mental interfere no relacionamento com pessoas em geral, amigos e familiares. Essa possibilidade de socialização e interação pode ser ofertada, como já descrito pelas terapeutas ocupacionais deste estudo, a partir das estratégias de cuidado como os grupos, oficinas, atividades socioculturais, assembleias, entre outras. Assim, a partir da interação, a terapia ocupacional contribui na organização da ação cotidiana, nos processos de construção de projetos de vida, o que pode ampliar e fortalecer as redes de suporte, além de potencializar a participação e o protagonismo dos usuários por meio da possibilidade de interação com o outro, a partir do gerenciamento da tomada de decisão e da transformação das experiências, o que promove e amplia as potências de vida (SILVA; COSTA; KINOSHITA, 2014).

O auxílio nas atividades cotidianas referiu-se principalmente à possibilidade de desempenhar tarefas, incluindo as AVD's e AVP's, descobrir potencialidades e novos aprendizados de atividades cotidianas, o que corrobora com os resultados positivos apresentados sobre o funcionamento ocupacional e as habilidades de vida independente. Pode-se inferir que tal auxílio é ofertado a partir das estratégias de cuidado como os grupos, oficinas, AVD's, acompanhamento terapêutico, visita domiciliar, atendimento individual, entre outras. Como já discutido, é a partir do cotidiano que a prática da terapia ocupacional se efetiva. Essa prática é entendida como uma prática social e de saúde que valoriza as atividades humanas como instrumento de intervenção, que busca a promoção de saúde e as trocas sociais e investe na ampliação da potencialidade da vida ativa (LIMA, 2006), por meio, principalmente, do envolvimento e participação das atividades cotidianas citadas pelos usuários.

Em relação às categorias minimização dos sintomas, o enfrentamento de demandas e auxílio na crise, verificou-se nas falas, que a terapia ocupacional contribui no enfrentamento dos problemas, na diminuição dos sintomas, como medo, ansiedade, insegurança, angústia e outros, auxiliando nos momentos de “crise”, evitando internações. A partir da relação terapêutica no processo de cuidado da terapia ocupacional, ocorre uma maior participação social dos indivíduos, o que favorece um melhor enfrentamento das situações cotidianas, próprias das limitações e dificuldades decorrentes do processo de adoecimento (CIRINEU et al., 2013). Tal fato pode estar relacionado aos momentos de socialização, expressão e interação grupal, já apresentados aqui. Um estudo sobre o impacto da terapia ocupacional em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia destacou que a participação em

grupos de atividades permitiu um suporte à prática das habilidades sociais e estimulação da exploração de ideias e sentimentos (CIRINEU et al., 2013). Além disso, vale ressaltar que nos momentos de “crise”, entendido não só como a agudização dos sintomas, deve ser dada a importância de uma relação horizontalizada com os usuários, juntamente com uma escuta ativa, proporcionando um momento transformador e criativo (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007). Neste contexto, a terapia ocupacional tem como objetivo detectar o campo das dificuldades pragmáticas bem como os potenciais, estimular o que tem de maior facilidade, para manter ou reativar aspectos construtivos e criativos, de modo a assegurar escolhas e caminhos dentro da crise, além disso, propõe o fazer para a construção de cotidianos para o social (CECCATO; FRUNGILO; PERAL, 2007).

As falas sobre a adesão e continuidade do tratamento referem-se principalmente à contribuição da terapia ocupacional na aceitação da medicação e na aceitação de estar no CAPS. Como já discutido aqui, o cuidado em saúde mental deve ser pautado pela interdisciplinaridade, contudo, os resultados são parte de um processo, construído por vários agentes e cuidadores, portanto, é esperado que cada especificidade possa contribuir na construção e manutenção desse cuidado, inclusive promover educação em saúde. Pode-se verificar essa contribuição em relação à aceitação da medicação, nos resultados do ILSS-BR, os quais revelaram que os usuários aceitam tomar a medicação, porém grande parte ainda toma sob supervisão. A complexidade dos serviços de saúde mental exige a presença de profissionais distintos, com competências e técnicas específicas de seu núcleo, entretanto, essa complexidade de atenção também exige uma competência para o cuidado coletivo e interdisciplinar (JUNS; LANCMAN, 2011), o que configura, a partir das falas dos usuários, a atuação do terapeuta ocupacional no trabalho em equipe e sua contribuição para a produção de cuidado em saúde mental.

Nas categorias resolução de problemas, tomada de iniciativa e autoconfiança, incluindo a categoria autonomia e independência as falas dos usuários referem-se, principalmente, à autogestão do cotidiano, com possibilidade de compreender e resolver os problemas, tomar iniciativa para ações que devem ser feitas, compreensão das capacidades, produção da autoconfiança, além do acesso a lugares e pessoas. O que valida os resultados do SAOF sobre o funcionamento ocupacional, visto que uma porcentagem significativa indicou que os usuários se autoavaliaram com um funcionamento ocupacional adequado. As falas também corroboram com os objetivos da terapia ocupacional, já apresentados neste estudo, o que reforça a compreensão de que na saúde mental a terapia ocupacional volta-se para a construção de um cotidiano interrompido e para projetos de produção de sentido, com

objetivo de inserção social e autonomia (ALMEIDA; OLIVER, 2001; ALMEIDA; TREVISAN, 2011; BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO 2010; MÂNGIA, 2002; TAKATORI, 2001), além da valorização do CAPS como um espaço de fomentação de cuidado para emancipação da autonomia, inserção social e empoderamento dos usuários no que tange as atividades cotidianas. Desta forma, o cuidado oferecido pela terapia ocupacional colabora para uma práxis de saúde que compreende o CAPS como um meio de usufruto do direito do usuário, articulador de redes e promotor de projetos de subjetivação (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014). Neste contexto, o terapeuta ocupacional deve se tornar um facilitador do cuidado, no qual os próprios usuários encontrem novas formas de autonomia que permitam a estabilização e relativa independência (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006).

Na categoria sobre a possibilidade de inserção social pelo trabalho, apesar dos resultados quantitativos indicarem a relação com o trabalho fragilizada, diante as dificuldades apresentadas pelo transtorno mental, é observado pelas falas dos usuários que esse aspecto é valorizado e está inserido nos projetos de cuidado. As falas indicam que esses projetos referem-se às oficinas de geração de renda, que também foram descritas pelos terapeutas ocupacionais do presente estudo, como uma das estratégias de cuidado utilizadas. Essa categoria apareceu apenas no quadro 7, relativo à contribuição da terapia ocupacional no desenvolvimento das atividades de forma mais independente. A inserção na vida produtiva ainda é uma dificuldade a ser transposta, entretanto o trabalho como valor de integralização e legitimação social possibilita o alcance da inserção social e melhores níveis de saúde (LUSSI; MATSUKURA; HAHN, 2011). As oficinas no contexto da saúde mental podem ser entendidas como um lugar de acolhimento, de ressignificações, de produção de subjetividade, circulação e de conquista dos espaços sociais e construção de novos territórios, além disso, entende-se que nas oficinas de geração de renda, não se constrói somente objetos, mas há uma produção de vida e subjetividade, ao se criar um produto, gera-se valor de uso e troca, consequentemente gera-se um valor social (ARAÚJO LIMA, 2004; YASUI, 2010). Portanto, o desenvolvimento de atividades pelo trabalho está diretamente relacionado à evolução do processo de reabilitação psicossocial, na medida em que há o reconhecimento da cidadania por meio do direito ao trabalho (LUSSI, 2010).

Outra contribuição apontada pelos usuários refere-se ao acolhimento e escuta. As falas indicam espaços de atenção, compreensão e conforto. Entende-se que o acolhimento e a escuta são elementos fundamentais para a transformação do modelo de atenção em saúde, no intuito de se distanciar da reprodução do modelo hegemônico, centrado na doença, nas

técnicas e no corpo. Portanto, a transformação do modelo de atenção em saúde e saúde mental, propõe a construção de um lugar de relações, onde aconteça o saber ouvir e fazer falar o sujeito e sua subjetividade, deixar a doença entre parênteses e olhar para a pessoa e sua complexidade existencial. Além disso, o acolhimento pressupõe um lugar especial de escuta, o que possibilita a construção dos projetos de cuidado, de forma singular e proporciona o início do vínculo entre equipe e usuário (YASUI, 2010). Portanto, destaca-se que essa categoria emergiu apenas no quadro 8, relativo à contribuição da terapia ocupacional no tratamento no CAPS, o que pode-se considerar novamente a contribuição do núcleo para o trabalho em equipe e para a produção de cuidado no CAPS.

Diante da percepção dos usuários sobre a contribuição da terapia ocupacional, salienta-se que os usuários não mencionaram as estratégias utilizadas pelos terapeutas ocupacionais diretamente, mas sim o impacto delas em seu cotidiano. Isso sugere que a especificidade da profissão não se evidencia pelas práticas, mas sim pelas transformações de fato ocorridas no cotidiano e tudo o que nele implica. Por conseguinte, entende-se que a terapia ocupacional contribui para a realização das atividades diárias, de forma mais independente e para o tratamento interdisciplinar no CAPS. Apesar de alguns aspectos apontados como fragilizados, resultando em dificuldades no cotidiano, apresentados por meio da autoavaliação do funcionamento ocupacional e das habilidades de vida independente, é observado que algumas práticas e estratégias são ofertadas pelos terapeutas ocupacionais, o que contribui para a minimização dessas dificuldades e para o processo de reabilitação psicossocial dos usuários. Considerando ainda a complexidade que envolve o sofrimento psíquico, devem-se destacar as potencialidades e contribuições já alcançadas e atentar-se para o que ainda é possível para essas pessoas.

6.5 Algumas considerações sobre a contribuição da terapia ocupacional na reabilitação psicossocial

Este estudo escolheu descrever sobre as estratégias de cuidado utilizadas pela terapia ocupacional em consonância com o processo de reabilitação psicossocial. Essa escolha culmina com a proposta de um novo modelo de atenção em saúde mental, primeiro porque quando se fala em cuidado em saúde, determina-se que esse deve ser entendido como essência

do trabalho em saúde, pois a produção de cuidado é o objeto do campo da saúde e faz parte da dimensão humana (MERHY, 2002; YASUI, 2010). Segundo, porque quando se fala em estratégia, não se está falando de algo programado, predeterminado e que não considera a realidade local, mas sim uma melhor maneira de combinar os diversos elementos desse cuidado, com intuito de provocar, proporcionar e produzir um processo de transformação (YASUI, 2010). Consequentemente, quando se propõe a pensar em estratégias de cuidado, implica em aprofundar a dimensão técnico-assistencial proposta por Amarante (2003), contribuindo para o entendimento e ampliação dos processos da reforma psiquiátrica.

Desta forma, a combinação dos diversos elementos no cuidado em saúde mental inclui o local, o tempo, os diferentes atores e recursos possíveis. Sendo assim, é necessário pensar que o cuidado é agenciado por uma equipe e que como proposto por Merhy (2002), os trabalhadores de saúde possuem potenciais intervenções nos processos de produção de cuidado, relacionadas aos seus núcleos de competência específica, mas, apesar de cada profissional conter um conjunto de saberes e técnicas, é preciso pensar na articulação desses núcleos. Neste estudo são consideradas as estratégias de cuidado utilizadas pela terapia ocupacional, no campo da saúde mental, em articulação com outros núcleos de cuidado e possíveis atos de cuidado que são produzidos nos encontros com os outros saberes e técnicas, não descarta, portanto, que aos usuários é ofertada uma rede de cuidado e que esta está imbricada nos seus processos de reabilitação psicossocial.

Deste modo, é preciso assumir o novo compromisso do cuidado em rede, sendo que, a proposta de rede é apostar num conjunto de possibilidades de recursos e de respostas conjuntas, que transformem as realidades dos territórios e a experiência com o sofrimento. Porém, exige a superação das práticas isoladas dos serviços, mobilizando todos os atores envolvidos no cuidado, em torno de projetos comuns (ASSIS et al., 2014).

As terapeutas ocupacionais deste estudo apontaram estratégias de cuidado que são comuns a outros núcleos profissionais, confirmando o que outros estudos já discutiram sobre a não definição de sua especificidade pela caracterização de suas práticas de trabalho (ALMEIDA; TREVISAN, 2011; BARROS, 2010; JUNS; LANCMAN, 2011). Todavia, há a presença de uma saber muito específico, no qual se destaca o campo profissional de ação, mas um saber que é marcado pela dimensão do cuidado (MERHY, 2002). Como exemplo, destaca-se a fala de uma das terapeutas ocupacionais *“...várias pessoas exercem as mesmas funções (...) todo mundo faz grupo, eu faço grupos com psicólogos, com enfermeiros né, mas eu acho que o olhar continua assim, é muito diferente (...) de entender aquela rotina que a pessoa fez desde quando acordou até à noite...”*. Ressalta-se ainda que as estratégias

utilizadas são fundamentadas por uma lógica psicossocial, a partir da compreensão do cuidado integral, singular, interdisciplinar e intersetorial, o que confirma o modelo de atenção em saúde mental atual e com os pressupostos da reabilitação psicossocial, na medida em que essas estratégias são direcionadas para o cenário de vida real dos usuários. Vale salientar que algumas estratégias apontadas pelas terapeutas ocupacionais acontecem no próprio espaço do CAPS, não se limita a ele, como por exemplo, as visitas, o acompanhamento terapêutico, o matriciamento, as atividades sociorecreativas, a articulação com outros dispositivos da rede, as práticas de geração de renda, com inserção na comunidade, entre outras, transpondo, de fato, o cuidado para o cotidiano.

Neste estudo almejou-se identificar as estratégias de cuidado, mas não aprofundar como elas são pensadas e elaboradas e a partir de que abordagem. Assim sendo, frente ao desafio de identificar as especificidades do núcleo, faz-se necessário investigar como vem se configurando o raciocínio clínico dos terapeutas ocupacionais na saúde mental, principalmente, para a compreensão das ações e avaliação e comparação do que se faz, como se faz e como se pensa o que se faz, com ênfase nas investigações da prática e do pensamento clínico, para se compreender a quais problemáticas, os terapeutas ocupacionais são chamados a responder (MARCOLINO, 2014). Todavia, ao pensar na descrição das estratégias utilizadas neste estudo, pautadas em uma lógica do cuidado, pode-se ter contribuído para esse processo a partir da percepção dos usuários sobre a contribuição da terapia ocupacional.

Esse desafio instiga uma discussão e investigação da clínica, entretanto, como sugere a proposta de Basaglia (1985) ao colocar entre parênteses a doença, há o debruçar-se sobre o sujeito e essa atitude epistêmica pode levar por um lado à produção de um novo sentido sobre o fenômeno, mas por outro lado há um afastamento dele (AMARANTE, 2008). Portanto, debruçar-se sobre a clínica e colocar entre parênteses outras dimensões, pode-se cair no mesmo afastamento, torna-se então um grande desafio epistemológico e assistencial para os terapeutas ocupacionais.

O que se pode destacar, sobremaneira, é que os terapeutas ocupacionais deste estudo, oferecem estratégias que transitam no campo interdisciplinar e que se apoiam no conhecimento sobre a atividade humana para a contribuição de uma produção de cuidado que culmina com os pressupostos da reabilitação psicossocial. Afirma-se, assim, que as transformações não se limitam às relações do tratamento hegemônico, mas, principalmente, nas relações constituídas no compromisso social do coletivo, onde a saúde mental passa a ser entendida como um campo de conhecimento interdisciplinar, com ações voltadas para uma dinâmica de trabalho em rede, comprometida com a produção de vida, de sentido, de

sociabilidade e transformação dos espaços de não convivência em espaços coletivos (RIBEIRO, 2013). Como exemplo destaca-se a seguinte fala de um dos terapeutas ocupacionais “[...] *aqui é um trabalho interdisciplinar, a gente faz estratégias muito no campo da saúde mental, às vezes não muito no núcleo (...) eu to em todos esses espaços, assim como os outros profissionais, porque eu falo da rotina [...]*”. Afirma-se, portanto, que a estratégia da intersectorialidade deve ser orientada a partir de um esforço coletivo, que reflita nos processos de gestão das políticas sociais e na criação de novos espaços de relações, proporcionando ações efetivas e inovadoras na rede de saúde mental (AZEVEDO et al., 2014).

Contudo, o que se pode salientar neste estudo, é que a terapia ocupacional tem contribuído para a produção de cuidado em saúde mental. De acordo com a percepção dos usuários, as principais contribuições referiram-se a: bem estar, autoestima, motivação e reconhecimento; ocupação; socialização, relacionamento interpessoal e expressão; auxílio nas atividades cotidianas; minimização dos sintomas, enfrentamento de demandas e auxílio na crise; adesão e continuidade do tratamento; resolução de problemas, tomada de iniciativa, autoconfiança, autonomia e independência; inserção social pelo trabalho e acolhimento e escuta. Entende-se, então, que tais contribuições podem ser consideradas elementos importantes para a construção da cidadania, contratualidade e participação social, com engajamento nas atividades cotidianas, de modo a produzir espaços significativos e de ampliação do cotidiano.

Destaca-se ainda que os usuários apresentaram um bom nível de independência e um bom funcionamento ocupacional, apesar de em alguns itens apresentarem dificuldades, o que sugere pensar que as estratégias de cuidado utilizadas pelas terapeutas ocupacionais, juntamente com as ações interdisciplinares, estão direcionadas para essas demandas. Assim, ao olhar para as estratégias oferecidas pelos terapeutas ocupacionais e para contribuição percebida pelos usuários, é observado que algumas dificuldades são contempladas no cuidado oferecido, principalmente, no que se diz respeito ao auxílio nas atividades cotidianas, na construção da autonomia e independência e na tentativa de inserção pelo trabalho. O que permite identificar as problemáticas das quais os terapeutas ocupacionais precisam responder, o que corrobora com os pressupostos da reabilitação psicossocial, no que diz respeito ao habitat, rede social e trabalho (SARACENO, 2001).

Por conseguinte, faz-se necessário apontar que em se tratando de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, com uma exigência de atenção complexa, sustentar tais ganhos e contribuições confirma a condição dada pela reabilitação psicossocial de que

não se espera “um voltar a ser”, mas a construção de possibilidades de acordo com as necessidades e recursos existentes, pautada na produção do cuidado, que é uma construção coletiva e preconiza a produção de sentidos. Desta forma, a contribuição da terapia ocupacional na reabilitação psicossocial não deve se limitar à falta e a um ideal de completude, e sim a trocas sociais que exigem um olhar complexo que vai além das deficiências visíveis (LIBERMAN; TEDESCO; SAMEA, 2006).

Como proposto por Benetton (2001), não se pode pensar na reabilitação psicossocial pelo princípio do “re”, que testa o velho com o novo, não implica em fazer comparações, mas atentar-se ao vivido e experimentado, para não se correr o risco de nunca considerar as pessoas “reabilitadas”, tendo em vista o conceito de reaquisição.

Assim sendo, acredita-se, como já assinalado neste estudo, que a reabilitação não está ligada a substituição da desabilitação pela habilitação, mas sim a trocas de recursos e afeto, ou seja, é por meio das trocas que se cria um efeito “habilitador” (SARACENO, 1999). Desta forma, foi observado que os usuários apresentam certa perda do seu poder contratual, na medida em que relataram perdas materiais e afetivas, principalmente relacionadas às interferências ocasionadas pelo transtorno mental, sobressaindo o estar fora da produção, como não conseguir trabalhar; as fragilidades de relacionamento interpessoal e social; o acesso social restrito, limitando-se ao CAPS, a casa e a igreja; algumas limitações que envolvem as atividades domésticas e organização, administração e pagamento de contas; a percepção de não sentir-se fisicamente capaz de fazer o que precisa, falta de objetivos para o futuro e a não participação em projetos importantes. Assim, sugere-se que tais demandas apresentadas, possam estar relacionadas à perda do poder contratual, repercutindo no desempenho ocupacional das pessoas, gerando desabilidades, apesar de cada uma possuir um poder de aquisição, podendo algumas serem mais hábeis outras menos hábeis, mais habilitadas ou menos habilitadas (SARACENO, 2001).

Por este fato, ao valorizar o cotidiano destes indivíduos tal como se apresenta, pode-se fomentar a ideia de que a saúde deva ser compreendida como uma produção de mais saúde e por melhores espaços de vida (CANGUILHEM, 2002) e não somente a manutenção da vida biológica, mas sim diz respeito aos modos de vida, com investimento na ampliação do horizonte da vida ativa e na crença de que os usuários podem criar e agir de forma criativa e livre (LIMA, 2006).

Igualmente, ao avaliar o funcionamento ocupacional e as habilidades de vida independente, foi permitido o acesso ao cotidiano, às dificuldades e às faltas imbricadas nele, mas também permitiu identificar as potencialidades. Deste modo, acredita-se que pensar nas

faltas é necessário à investigação para se pensar a produção de cuidado, todavia, é preciso tomar cuidado de não debruçar-se sobre elas e esperar o readquirido, mas encontrar um caminho que priorize o novo, que ofereça, de fato, um cuidado que circule entre o individual e o social. Frente à erosão do cotidiano, o terapeuta ocupacional deve-se localizar numa via de mão dupla entre o individual e o social (BENETTON, 2010), que permita o engajamento no cotidiano, como é proposto pela terapia ocupacional e pelos pressupostos da reabilitação psicossocial.

Os terapeutas ocupacionais deste estudo apontaram como contribuição de suas estratégias de cuidado para o funcionamento ocupacional e para as habilidades de vida independente, a *compreensão e ampliação do cotidiano*. Observa-se então que suas ações são pensadas a partir de um cuidado que procura compreender as experiências cotidianas e que é necessário a sua ampliação para que haja a possibilidade de inserção social. Desta forma, pode-se inferir que os terapeutas ocupacionais deste estudo contribuem para o efeito “habilitador” proposto por Saraceno (1999), na medida em que se entende que é no cotidiano que ocorrem as trocas afetivas e de recursos, necessárias para a efetivação da reabilitação psicossocial. Todavia, ainda é preciso pensar na produção e invenção de espaços de encontro para a problematização do cotidiano e formulação de novas questões, espaços também para a produção de rupturas, para radicalização das contradições e para a afirmação da vida (YASUI, 2010).

Para tanto, é preciso assumir a prática clínica da terapia ocupacional, introduzindo a construção de cotidianos nas ações de cuidado, a partir de relações peculiares do setting terapêutico (ROSA, 2007), logo, acredita-se que ao assumir tal compromisso, os terapeutas ocupacionais tem se colocado no papel de agente transformador e de fomentação de práticas voltadas para o cotidiano, contribuindo para a ampliação da reabilitação psicossocial.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo principal verificar como a terapia ocupacional contribui para a reabilitação psicossocial de pessoas com diagnóstico de transtorno mental em Centros de Atenção Psicossocial, com enfoque nas habilidades de vida independente e no funcionamento ocupacional. A proposta de pensar em estratégias de cuidado implica em aprofundar a dimensão técnico-assistencial e, neste sentido, o presente estudo oferece importante contribuição para o entendimento e ampliação dos processos da reforma psiquiátrica. A escolha de três CAPS como cenários para o seu desenvolvimento, conforme já mencionado, se deu por serem serviços de assistência à saúde mental representativos da reforma em questão e das práticas da reabilitação psicossocial, seguindo o que preconiza as políticas públicas de saúde mental brasileira.

Pensar na dimensão técnico-assistencial implica em refletir sobre a clínica. Portanto, ao assumir a ocupar-se da Terapia Ocupacional, como apontado na apresentação deste estudo, foi uma tentativa de aproximar mais da discussão sobre o cuidado em saúde mental e da prática clínica da terapia ocupacional neste campo. Desta forma, os profissionais descreveram suas estratégias de cuidado e suas percepções sobre o que é o cuidado em saúde mental. Foi observado que esse entendimento corrobora com as atuais discussões teóricas e políticas sobre a importância da integralidade, singularidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade nas ações de cuidado.

Ao analisar as estratégias, é verificado que a especificidade se diluiu entre as possibilidades de ações dos outros núcleos profissionais. No entanto, é notado que os terapeutas ocupacionais assumem suas estratégias sob uma nova concepção de cuidado em saúde, a partir da perspectiva da integralidade e da rede, o que parece ser quase uma regra para se pensar a produção de cuidado em saúde mental nos dias atuais. Com a especificidade diluída pareceu ser mais difícil ocupar-se da Terapia Ocupacional, todavia, ela tornou-se visível, ao perceber que as contribuições se deram, de fato, no cotidiano real dos usuários, e não somente nos serviços a partir da percepção dos usuários, o que envolveu a compreensão e a ampliação do cotidiano. Algumas estratégias relatadas foram pontuais e se efetivaram no próprio espaço do serviço, porém, muitas alcançaram o território, aproximando dos objetivos da reabilitação psicossocial.

Quanto à avaliação das habilidades de vida independente e do funcionamento ocupacional, foram verificados resultados positivos, diante da população do estudo, em sua maioria, do sexo feminino, com diagnóstico de esquizofrenia, em tratamento intensivo, solteiros, com baixa renda e escolaridade incompleta, aposentados ou desempregados, os quais assumem que o transtorno mental interfere em suas vidas. Apesar dos usuários

apresentarem um bom nível de independência e se autoavaliarem com um bom funcionamento ocupacional, algumas dificuldades foram apontadas: realizações no trabalho; papel de trabalhador; não aspiração realística de emprego; realizações no lar; uso correto de sabão; preparo de refeições simples; cuidar das finanças e organização, administração e pagamentos de contas; falta de variedade de locais, pessoas e recursos; não procurar por serviços públicos adequados; não fazer viagens à longa distância e viajar somente com orientação; percepção de não sentir-se fisicamente capaz de fazer o que precisa; falta de objetivos para o futuro; e a não participação em projetos importantes. Tais dificuldades representam perdas materiais e afetivas, das quais entende-se repercutir no desempenho ocupacional e na contratualidade, o que não gera o efeito “habilitador”, a partir das trocas de recursos e afeto, como propõe o referencial da reabilitação psicossocial.

Entretanto, os usuários puderam relatar suas percepções sobre a contribuição da terapia ocupacional nas atividades diárias, de forma mais independente e no tratamento no CAPS, de uma forma geral. Por meio das entrevistas, pode-se categorizar as principais contribuições, que atingiram a dimensão do cotidiano real dos usuários, proporcionando: bem estar; autoestima; motivação e reconhecimento; ocupação; socialização; relacionamento interpessoal e expressão; auxílio nas atividades cotidianas; minimização dos sintomas; enfrentamento de demandas e auxílio na crise; adesão e continuidade do tratamento; resolução de problemas; tomada de iniciativa; autoconfiança; autônoma e independência; inserção social pelo trabalho; acolhimento e escuta. Observou-se que as falas traduzem os ganhos e contribuições, sem descrever de fato as estratégias utilizadas pelos terapeutas ocupacionais, mas sim o impacto delas no cotidiano dos usuários.

Enquanto limitações deste estudo pode-se assinalar que os resultados obtidos nas etapas quantitativa e qualitativa são derivados de um estudo transversal, com uma população específica, usuários e profissionais de um serviço específico, portanto, não se podem inferir relações causais a partir destes dados. Seriam necessários estudos longitudinais para que fosse possível inferir com profundidade as estratégias utilizadas pelos terapeutas ocupacionais e o impacto no tratamento dos usuários. Contudo, em se tratando do campo do estudo, é quase impossível isolar as práticas, diante o contexto interdisciplinar e intersetorial em que elas, necessariamente, devem acontecer. As inferências feitas nesta análise foram baseadas na literatura mais atual encontrada.

Em relação aos instrumentos utilizados, a limitação envolveu aspectos de conteúdo, análise e discussão. A SAOF possui apenas dois estudos publicados após sua validação para o Brasil, com população distinta a do presente estudo. As dificuldades

encontradas foram de ordem de análise e discussão. O instrumento foi criado para utilização na clínica e procedimentos e aspectos para análise estatística foram pouco explorados, o que permitiu apenas análise estatística descritiva, extraída a partir da frequência e porcentagem de resposta. O ILSS-BR possui poucos estudos em contextos de desinstitucionalização, mais precisamente em serviços comunitários, como os CAPS. Além disso, alguns itens necessitam de uma adaptação para o contexto contemporâneo, como exemplo, algumas habilidades da subescala Lazer, visto que muitas das atividades não são realizadas pelos usuários, por serem outras as atividades a que estão acostumados. Ou mesmo a inclusão de uma habilidade na subescala Cuidados Pessoais, para equivalência à habilidade masculina de barbear-se. Até uma reformulação na subescala Emprego, diante a novas propostas de oficinas de geração de renda ou cooperativas protegidas de trabalho.

Outro ponto a considerar como limitação, foi a não inclusão dos familiares e/ou responsáveis na etapa qualitativa, devido à multiplicidade de dados, porém, possibilitaria ampliar a discussão sobre a contribuição da terapia ocupacional, sugere-se que estudos específicos possam abranger a percepção dos familiares e/ou responsáveis.

O estudo permitiu identificar as estratégias de cuidado utilizadas pelos terapeutas ocupacionais nos CAPS; avaliar as habilidades de vida independente e o funcionamento ocupacional dos usuários; relacionar as estratégias com as habilidades de vida independente e funcionamento ocupacional, o que levou à compreensão da contribuição da terapia ocupacional para a reabilitação psicossocial. Assim, optou-se pelo método misto com intuito de ampliação dos dados. A análise foi realizada conjuntamente, não sendo analisados separadamente os dados de cada CAPS, devido às características da etapa qualitativa, a qual visava uma compreensão ampliada das estratégias de cuidado e da contribuição relatada pelos usuários.

Por fim, no tocante ao processo de reabilitação psicossocial, o estudo apontou que, de acordo com a fala dos usuários, a terapia ocupacional tem contribuído para esse processo, no que tange a vida cotidiana, com experiências que buscam a intervenção no território e em rede. Nesta perspectiva, foi de suma importância ouvir os usuários, o que possibilitou atingir aos objetivos do estudo.

Para tanto, ainda considera-se que é fato e necessário a participação nas grandes discussões históricas e teóricas sobre o campo da saúde mental, contudo, falta a simplicidade do relato da clínica, mesmo que relatada em projetos de cuidado comuns a outros núcleos profissionais. Por fim, é preciso assumir o desejo de estar no lugar de profissional que atua no campo da saúde mental, para assim sustentar sua prática e se responsabilizar efetivamente

pelo cuidado.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-307, jan./mar. 2011.

ALMEIDA, M. C.; OLIVER, F. C. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 19-40.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.

AMARANTE, P. Cultura da formação: reflexos para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Orgs.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008. p. 65-79.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Representative Assembly. Minutes. **American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 35, p. 792-802, 1981.

ANASTÁCIO, C. C.; FURTADO, J. P. Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 72-83, 2012.

ANTHONY, W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. **Psychosocial Rehabilitation Journal**, Boston, v. 16, n. 4, p. 11-24, 1993.

ARAÚJO LIMA, E. M. F. Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 59-81.

ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J. O teatro espontâneo do cotidiano como um instrumento terapêutico nas ressignificações de ser um portador de transtorno mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1089-1097, out./dez. 2013.

- ASSIS, J. T.; BARREIROS, C. A.; JACINTO, A. B. M.; KINOSHITA, R. T.; MACDOWELL, P. L.; MOTA, T. D.; NICÁCIO, F.; SCHORN, M. C.; SOUZA, I. S.; TRINO, A. T. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e rede. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 88-113, out. 2014.
- AZEVEDO, E. B.; CARVALHO, R. N.; CORDEIRO, R. C.; COSTA, L. F. P.; SILVA, P. M. C.; FERREIRA FILHA, M. O. Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 3, p. 612-623, jul./set. 2014.
- BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 125-136, 2015.
- BALLARIN, M. L. G. S. Abordagens grupais. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 38-43.
- BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 162-170.
- BALLARIN, M. L. G. S.; CARVALHO, F. B.; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 444-450, 2010.
- BANDEIRA, M.; GELINAS, D.; LESAGE, A. Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 12, p. 627-640, 1998.
- BANDEIRA, M.; LIMA, L. A.; GONÇALVES, S. Qualidades psicométricas no papel da Escala de Habilidades de Vida Independente de pacientes psiquiátricos (ILSS-BR). **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 121-125, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARON, K. B.; CURTIN, C. **The Self Assessment of Occupational Functioning (SAOF)**. Chicago: Department of Occupational Therapy/University of Illinois, 1990.

BARATA, D. A.; COCENAS, S. A.; KEBBE, L. M. Coordenação de grupos de terapia ocupacional em enfermaria psiquiátrica – relato de supervisão realizado com uma estagiária. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 2, p. 181-190, 2010.

BARROS, M. M. M. A. Atuação da terapia ocupacional no centro de atenção psicossocial – CAPS de Sobral-Ceará. **Revista do CETO**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 62-75, 2010.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; ARANHA E SILVA, A. L. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, p. 815-819, 2007. Número especial.

BASAGLIA, F. (Org.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BENETTON, M. J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de Saúde mental**. 1994. 189 f. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

BENETTON, M. J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 143-149.

BENETTON, M. J. Atividades: tudo o que você quis saber e ninguém respondeu. **Revista do CETO**, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 26-29, 2008.

BENETTON, M. J. O encontro do sentido do cotidiano na terapia ocupacional para a construção de significados. **Revista do CETO**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 32-39, 2010.

BENETTON, M. J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. **Revista do CETO**, São Paulo, v. 8, n. 8, p. 27-40, 2003.

BEIRÃO, F. O. S.; ALVES, C. K. A. Terapia ocupacional no SUS: refletindo sobre a normatização vigente. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 3, p. 231-246, set./dez. 2010.

BEZERRA, K. V. **Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC) em hemodiálise**. 2006. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BEZERRA, K. V.; SANTOS, J. L. F. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000400006&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2012.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 199 p.

BOCCARDO, A. C. S; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade USP**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental (DAPE). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas. **Dados em saúde mental**. Brasília, DF, ago. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2011.

SAÚDE MENTAL EM DADOS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 7, n. 10, 2012. Disponível em: <<https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 343-348, 2006.

CARLETO, D. G. S.; SOUZA, A. C. A.; SILVA, M.; CRUZ, D. M. C.; ANDRADE, V. S. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo – 2ª edição. **Revista Triângulo: Ensino Pesquisa e Extensão**, Uberaba, v. 3, n. 1, p. 57-147, jul./dez. 2010.

CAROZZA, P. O emprego como uma oportunidade para o recovery. In: ORNELAS, J.; MONTEIRO, F. J.; MONIZ, M. J. V.; DUARTE, T. (Orgs.). **Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares**. Lisboa: AEIPS, 2005. p. 265-282.

CARVALHO, M. D. A.; OLIVEIRA E SILVA, H.; RODRIGUES, L. V. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 337-349, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p337-349>>. Acesso em: 08 out. 2014.

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 41-62.

CECCATO, T. L.; FRUNGILO, L. H.; PERAL, T. A. Procedimentos da terapia ocupacional com pacientes em crise: um diálogo com o Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Revista do CETO**, São Paulo, v. 10, n. 10, p. 26-32, 2007.

CHWALISZ, K.; VAUX, A. Social support and adjustment to disability. In: FRANK, R. G.; ELLIOT, T. R. (Eds.). **Handbook of rehabilitation psychology**. Washington, DC: American Psychological Association, 2000. p. 537-552.

CIRINEU, C. T. **Grupo de atividades: impacto na qualidade de vida e no ajustamento social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária, medicados com clozapina**. 2011. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

- CIRINEU, C. T.; MIASSO, A. I.; ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J. Contribuição de grupos de atividades de terapia ocupacional na evolução de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia refratária usuárias de clozapina. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 191-198, set./dez. 2013.
- COHEN, S.; UNDERWOOD, L.; GOTLIEB, B. (Eds.). **Social support measurement and interventions: a guide for health and social scientists**. New York: Oxford, 2000.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.
- DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, p. 25-33, 2007. Suplemento 1.
- DUARTE, T. Recovery da doença mental: uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 25, n. 1, p. 127-133, 2007.
- EMERICH, B. F.; CAMPOS, R. O.; PASSOS, E. Direitos da loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 685-696, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832014000400685&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 05 out. 2014.
- FARKAS, M. The vision of recovery today: what is it and what it means for services. **World Psychiatry**, Milan, v. 6, n. 2, p. 68-74, Jun. 2007.
- FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, Assis, v. 6, n. 1, p. 31-34, 2007.
- FERRARI, S. M. L. O nascer das palavras através do fazer. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 12-15, 1991.
- FERRARI, S. M. L. Terapia ocupacional: a clínica numa instituição de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 14, n. 2, p. 121-127, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio de língua portuguesa**. 3. ed. São Paulo: Positivo, 2004. 2120 p.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003. 551 p.

FRAZÃO, I. S.; ARCOVERDE, A. C. B. Reinserção social pelo trabalho no campo da saúde mental: com a palavra, o usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 290-297, maio/ago. 2009.

FREITAS, A. A.; DE SOUZA, R. C. Caracterização clínica e sociodemográfica dos usuários de um centro de atenção psicossocial (CAPS). **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 34, n. 3, p. 530-543, jul./set. 2010.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade, e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-109, set./dez. 2003.

GHIARDI, M. I. G. Cooperativas de trabalho. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 531 p.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GRANERUD, A.; SEVERINSSON, E. Preserving Integrity: experiences of people with mental health problems living in their own home in a new neighborhood. **Nursing Ethics**, London, v. 10, n. 6, p. 602-613, 2003.

GULJOR, A. P.; CRUZ, L. B.; ESTELITA, B.; MERCADANTE, D. Reflexões sobre o cuidado em saúde mental às populações desfiladas: a estratégia do seguimento. **Saúde e Direitos Humanos**, Brasília, DF, v. 4, n. 4, p. 135-144, 2007.

HELLER, A. **La revolución de la vida cotidiana**. 2. ed. Barcelona: Península, 1994.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, 2009.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L. P. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 217-221, 2004.

HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 27-35, jan./abr. 2011.

LEÃO, A. **As práticas de inclusão social**: o desafio para os serviços de saúde mental. 2006. 184 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LIBERMAN, F.; TEDESCO, S.; SAMEA, M. Habilitando a reabilitação – As ações da terapia ocupacional em sua integralidade: a necessidade de discussão conceitual sobre os processos em reabilitação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 146-150, jan./mar. 2006.

LIBERMAN, R. P.; WALLACE, C. J.; BLACKWELL, C. A.; ECKMAN, T. A.; VACCARO, J. V.; KUEHNEL, T. G. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA Social and Independent Living Skills modules. **Innovations and Research**, v. 2, p. 43-60, 1993.

LIMA, E. M. F. A. A saúde mental nos caminhos da terapia ocupacional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 117-122, 2006.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul./set. 2014.

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

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

LIMA, L. A.; BANDEIRA, M.; GONÇALVES, S. Validação transcultural do Inventário de

Habilidades de Vida Independente (ILSS-BR) para pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 143-158, 2003.

LUSSI, I. A. O. Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral. Resumo. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 1, jan./abr. 2010.

LUSSI, I. A. O.; SHIRAMIZO, C. S. Oficina integrada de geração de renda: estratégia de formação de empreendimento econômico e solidário. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 28-37, jan./abr. 2013.

LUSSI, I. A. O.; MATSUKURA, T. S.; HAHN, M. S. Reabilitação psicossocial: oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 185-192, 2011.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 448-456, maio/jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2014.

KANTORSKI, L. P. Saúde mental e cidadania. In: MELLO E SOUZA, M. C. B.; SILVA COSTA, M. C. (Orgs.). **Saúde mental numa sociedade em mudança**. Ribeirão Preto: Legis Summa/FIERP, 2005. p. 107-114.

KANTORSKI, L. P.; BIELEMAN, V. L. M.; CLASEN, B. N.; PADILHA, M. A. S.; BUENO, M. E. M.; HECK, R. M. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 659-666, out./dez. 2010.

KIELHOFNER, G. **A model of human occupation**: theory and application. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.

KIELHOFNER, G. **Terapia ocupacional. Modelo de ocupación humana**: teoría y aplicación. 3a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004.

KIELHOFNER, G.; BARRET, L. O Modelo da ocupação humana. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Eds.). **Willard & Spackman terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 490-492.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 55-59.

MALFITANO, A. P. S.; PEREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 102-109, maio/ago. 2011.

MÂNGIA, E. F. Terapia ocupacional em ambulatório de saúde mental: subsídios para avaliação. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 87-100, 1990.

MÂNGIA, E. F. Apontamentos sobre o campo da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 5-13, 1998.

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

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense "prática de terapia ocupacional centrada no cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 127-134, 2002.

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

MÂNGIA, E. F.; NICÁCIO, F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.; BERTALOTTI, C. (Orgs.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 63-80.

MARCOLINO, J. M. A. Psiquiatria e psicoterapia no âmbito institucional. In: ALVES, L. C. A. (Coord.). **Ética e psiquiatria**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007. p. 69-80.

MARCOLINO, T. Q. Reflexões sobre a investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional em saúde mental: o caso do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 635-642, 2014.

MARCOLINO, T. Q.; FANTINATTI, E. N. A transformação na utilização e conceituação de atividades na obra de Jô Benetton. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 142-150, maio/ago. 2014.

MAXIMINO, V. S.; PETRI, E. C.; CARVALHO, A. O. C. A compreensão de saúde para o Método Terapia Ocupacional Dinâmica **Revista CETO**, São Paulo, v. 13, n. 13, p. 34-40, 2012.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional**: um enfoque epistemológico e social. São Carlos: Ed. UFSCAR, 2003. 173 p.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MIELKE, F. B.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; OLSCHOWSKY, A.; MACHADO, M. S. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164, 2009.

MIRANDA, C. A.; TARASCONI, C. V.; SCORTEGAGNA, S. A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 249-257, 2008.

MORAIS, L. V. **A vida cotidiana de mulheres com obesidade**: a percepção da saúde e do funcionamento ocupacional. 2004. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MORAES, G. C. Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica. **Revista do CETO**, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 30-35, 2008.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

MOTIZUKI, C. S.; MARIOTTI, M. C. Percepções de indivíduos com transtornos mentais e familiares sobre o desempenho ocupacional: contribuições da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 101-110, maio/ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Psychosocial rehabilitation: a consensus statement**. Genebra: OMS, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde, CIF**. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Plano de ação sobre saúde mental (2013-2020)**. Brasília, DF, 2013.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro. Ed. 34, 1994.

PEREIRA, M. O.; SOUZA, J. M.; COSTA, A. M.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; MOURA, W. N. Perfil dos usuários de serviços de saúde mental do município de Lorena – São Paulo. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 48-54, 2012.

PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

PITTA, A. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PIRÁGINE, M.; DI GIACOMO; AULER, L. M. Os significados do cotidiano. **Revista do CETO**, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 9-13, 2010.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 425-431, mar./ago. 2005.

RIBEIRO, M. B. S.; MARTINS, S. T. F.; OLIVEIRA, L. R. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. **Estudos Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 133-140, 2009.

RIBEIRO, M. C. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 174-182, set./dez. 2013.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A terapia ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.

RODRIGUES, C. G. S. S. **Habilidades de vida independente de usuários da rede de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul**. 2012. 145 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade de Pelotas, Pelotas, 2012.

RODRIGUES, C. G. S. S.; LAPISCHIES, S.; JARDIM, V. M. R.; KANTORSKI, L. P.; OLIVEIRA, M. M.; WILLRICH, J. Q.; ANTUNES, B.; PAVANI, F. M. Perfil sócio demográfico, diagnóstico e internação psiquiátrica de usuários da rede de atenção psicossocial do rio grande do sul. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, p. 141-150, 2012. Suplemento 2.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M. F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 89-99.

ROSA, K. R. M. Ocupar-se da terapia ocupacional. **Revista do CETO**, São Paulo, v. 10, n. 10, p. 3, 2007.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2009.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SANTOS, N. S.; ALMEIDA, P. F.; VENANCIO, A. T.; DELGADO, P. G. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 20, n. 4, p. 46-53, dez. 2000.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan/abr. 1998.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999. 176 p.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SELOILWE, S. E.; THUPAYAGALE-TSHWENEAGAE, G. Community mental health care in Botswana: approaches and opportunities. **International Nursing Review**, Oxford, v. 54, n.

2, p. 173-178, 2007.

SILVA, L. G.; CORTEGOSO, A. L.; LUSSI, I. A. O. Da orientação profissional à inserção laboral de usuários de serviços de saúde mental em empreendimentos solidários. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 271-283, 2014.

SILVA, M. R.; COSTA, S. L.; KINOSHITA, R. T. A interação na construção do sujeito e da prática da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 111-118, maio/ago. 2014.

SILVEIRA, M. S.; VARGAS, M. M.; REIS, F. P.; SILVA, P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial, **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011.

SOARES, L. B. T. História da terapia ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 3-9.

SOUZA, A. C.; GULJOR, A. P. F.; SILVA, J. L. L. Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 22, n. 2, p. 292-298, jul./dez. 2014.

TAKATORI, M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 371-377, out./dez. 2001.

TEDESCO, S. A. **Estudo da validade e confiabilidade de um instrumento de terapia ocupacional: autoavaliação do funcionamento ocupacional (SAOF)**. 2000. 133 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

TEDESCO, S. A.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; CITERO, V. A.; IACOPONI, E. Tradução e validação para o português brasileiro da Escala de Autoavaliação do Funcionamento Ocupacional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 230-237, 2010.

TITTANEGRO, G. R. Aspectos filosóficos da reabilitação. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 20-25, jan/mar. 2006.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional - CDPTO. **Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP**. São Paulo: FMUSP, 1997. Folder.

- VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; BANDEIRA, M. B. Avaliação das habilidades de vida independente e comportamento social de pacientes psiquiátricos desospitalizados. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 3, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082007000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2012.
- WACHHOLZ, S. M. S.; MARIOTTI, M. C. A participação do terapeuta ocupacional na reforma psiquiátrica e nos novos serviços de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 147-159, jul/dez. 2009.
- WAGNER, L. C.; FLECK, M. P. A.; WAGNER, M.; DIAS, M. T. G. Autonomia de pacientes em internação prolongada em hospital psiquiátrico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 699-705, 2006.
- WALLACE, C. J.; LIBERMAN, R. P. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 15, n. 3, p. 239-247, 1985.
- WALLACE, C. J.; KOCHANOWICZ, N.; WALLACE, J. **Independent living skills survey**. Los Angeles: Mental Health Clinical Research Center for the Study of Schizophrenia/West Los Angeles VA Medical Center/Rehabilitation Medicine Service (Brentwood Division), 1985. Mimeografado.
- WALLACE, C. J.; LIBERMAN, R. P.; TAUBER, R.; WALLACE, J. The independent living skills survey: a comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. **Schizophrenia Bulletin**, Cary, v. 26, n. 3, p. 631-658, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Mental Health. WHO Initiative of Support to People Disabled by Mental Illness. **Rehabilitation psychosocial: a consensus statement**. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/60630>>. Acesso em: 25 out. 2012.
- YASUI, S. **Rupturas e encontros – desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – USUÁRIO DO CAPS

Convidamos o(a) senhor(a) _____, portador de Cédula de Identidade R.G. nº. _____, abaixo assinado, para participar de uma pesquisa onde o(a) senhor(a) fará parte de um estudo, no qual o(a) senhor(a) e um familiar e/ou responsável irão responder alguns questionários a respeito das atividades que o(a) senhor(a) realiza no seu dia-a-dia. O objetivo desta pesquisa é fazer um levantamento das atividades de terapia ocupacional que são oferecidas ao senhor(a) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); investigar como o(a) senhor(a) realiza as atividades diárias e o quanto o(a) senhor(a) tem autonomia para realizar estas atividades diárias, além de investigar como as atividades de terapia ocupacional estão o(a) ajudando em sua reabilitação.

O(A) senhor(a) contribuirá com a pesquisa participando de duas entrevistas e o seu familiar e/ou responsável de uma entrevista, as entrevistas serão gravadas em um gravador de voz. Estima-se um tempo de 1 hora e 30 minutos para as entrevistas.

Esta pesquisa garante ao(a) senhor(a) o direito de receber resposta a qualquer pergunta, ou esclarecimento a qualquer dúvida, sobre os procedimentos que serão realizados. Garante ainda, que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto. Garante liberdade ao(a) senhor(a) para deixar de participar da pesquisa quando quiser, sem que isso traga prejuízo à continuação da assistência que senhor está tendo no CAPS. Garante a segurança de que não será identificado e que serão mantidas em segredo as informações que o(a) senhor(a) nos falar. Garante o compromisso de proporcionar informação atualizada durante a pesquisa ainda que possa afetar sua vontade de continuar participando. Finalmente, garante o compromisso de que será devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de participação, bem como garante a continuidade dos cuidados após a conclusão dos trabalhos da mesma. O(A) senhor(a) não correrá nenhum risco e esperamos que o(a) senhor(a) tenha muitos benefícios na sua reabilitação e qualidade de vida.

Tenho ciência do exposto acima, inclusive da publicação destes resultados em revistas de pesquisa, e declaro livremente minha vontade de participar da mesma.

Este termo consta de duas vias, assinadas pelos pesquisadores responsáveis, ficando uma com o(a) senhor(a) para contato conosco, quando for necessário.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2011.

Nome legível e assinatura do responsável pelo usuário do CAPS

Assinatura do usuário do CAPS participante da pesquisa

Pesquisadores responsáveis:

Francine Baltazar Assad– Telefone (16) 37614138 (16) 81462569
e-mail: franassad@hotmail.com

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 6023418 EERP-USP - Campus USP - Av.
Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP
e-mail: lujoep@eerp.usp.br

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMILIAR E/OU RESPONSÁVEL

Convidamos o(a) senhor(a) _____, portador de Cédula de Identidade R.G. nº. _____, abaixo assinado, para participar de uma pesquisa onde o(a) senhor(a) fará parte de um estudo, no qual o(a) senhor(a) como familiar e/ou responsável pelo usuário _____, irá responder um questionário a respeito das atividades que seu familiar realiza no dia-a-dia e o quanto ele é independente para realizá-las. O objetivo desta pesquisa é fazer um levantamento das atividades de terapia ocupacional que são oferecidas ao seu familiar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); investigar como seu familiar realiza as atividades diárias e o quanto ele(a) tem autonomia para realizar estas atividades diárias, além de investigar como as atividades de terapia ocupacional estão ajudando seu familiar na reabilitação.

O(A) senhor(a) contribuirá com a pesquisa participando de uma entrevista, esta será gravada em um gravador de voz. Estima-se um tempo de 1 hora para a entrevista.

Esta pesquisa garante ao(a) senhor(a) o direito de receber resposta a qualquer pergunta, ou esclarecimento a qualquer dúvida, sobre os procedimentos que serão realizados. Garante ainda, que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto. Garante liberdade ao(a) senhor(a) para deixar de participar da pesquisa quando quiser, sem que isso traga prejuízo à continuação da assistência que seu familiar está tendo no CAPS. Garante a segurança de que não será identificado e que serão mantidas em segredo as informações que o(a) senhor(a) nos falar. Garante o compromisso de proporcionar informação atualizada durante a pesquisa ainda que possa afetar sua vontade de continuar participando. O(A) senhor(a) não correrá nenhum risco e esperamos que o seu familiar tenha muitos benefícios na melhora da qualidade de vida.

Tenho ciência do exposto acima, inclusive da publicação destes resultados em revistas de pesquisa, e declaro livremente minha vontade de participar da mesma.

Este termo consta de duas vias, assinadas pelos pesquisadores responsáveis, ficando uma com o(a) senhor(a) para contato conosco, quando for necessário.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2011.

Nome legível e assinatura do familiar e/ou responsável pelo usuário do CAPS

Pesquisadores responsáveis:

Francine Baltazar Assad– Telefone (16) 37614138 (16) 81462569
e-mail: franassad@hotmail.com

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 6023418 EERP-USP - Campus USP - Av.
Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP
e-mail: lujope@eerp.usp.br

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TERAPEUTA OCUPACIONAL

Convidamos o(a) senhor(a) _____, Terapeuta Ocupacional deste Centro de Atenção Psicossocial, portador de Cédula de Identidade R.G. nº. _____, abaixo assinado, para participar de uma pesquisa onde o(a) senhor(a) fará parte de um estudo, no qual o(a) senhor(a) irá descrever o serviço de terapia ocupacional deste Centro de Atenção Psicossocial, quais atividades que desenvolve e seus objetivos e responder de que forma a terapia ocupacional contribui para a reabilitação psicossocial dos usuários deste Centro de Atenção Psicossocial pensando no funcionamento ocupacional desses usuários e nas suas habilidades de vida independente.

O objetivo desta pesquisa é fazer um levantamento das atividades de terapia ocupacional que são oferecidas aos usuários do CAPS; investigar como esse usuário realiza as atividades diárias e o quanto ele(a) tem autonomia para realizar estas atividades diárias, além de investigar como as atividades de terapia ocupacional estão ajudando os usuários na reabilitação.

O(A) senhor(a) contribuirá com a pesquisa participando de uma entrevista, esta será gravada em um gravador de voz. Estima-se um tempo de 1 hora para a entrevista.

Esta pesquisa garante ao(a) senhor(a) o direito de receber resposta a qualquer pergunta, ou esclarecimento a qualquer dúvida, sobre os procedimentos que serão realizados. Garante ainda, que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto. Garante liberdade ao(a) senhor(a) para deixar de participar da pesquisa quando quiser. Garante a segurança de que não será identificado e que serão mantidas em segredo as informações que o(a) senhor(a) nos falar. Garante o compromisso de proporcionar informação atualizada durante a pesquisa ainda que possa afetar sua vontade de continuar participando. O(A) senhor(a) não correrá nenhum risco e esperamos contribuir com a assistência junto aos usuários do CAPS.

Tenho ciência do exposto acima, inclusive da publicação destes resultados em revistas de pesquisa, e declaro livremente minha vontade de participar da mesma.

Este termo consta de duas vias, assinadas pelos pesquisadores responsáveis, ficando uma com o(a) senhor(a) para contato conosco, quando for necessário.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do terapeuta ocupacional do CAPS

Pesquisadores responsáveis:

Francine Baltazar Assad– Telefone (16) 37614138 (16) 81462569
e-mail: franassad@hotmail.com

Prof.º. Dr. Luiz Jorge Pedrão - Telefone: (16) 6023418 EERP-USP - Campus USP - Av.
Bandeirantes, 3900 - CEP - 14040-902 - Ribeirão Preto SP
e-mail: lujope@eerp.usp.br

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA (terapeuta ocupacional)

- 1) O que você entende por cuidado em saúde mental?
- 2) O que você entende por habilidades de vida independente e funcionamento ocupacional no contexto da saúde mental?
- 3) Descreva as estratégias de cuidado utilizadas pela terapia ocupacional neste Centro de Atenção Psicossocial.
- 4) Como você percebe que as estratégias de cuidado podem contribuir nas habilidades de vida independente e no funcionamento ocupacional dos usuários?

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Identificação:_____
2. Data de nascimento:____/____/____
3. Sexo: () M () F
4. Naturalidade:_____
5. Cidade em que reside:_____
6. Escolaridade:_____
7. Estado civil: () Solteiro () Casado () Vivendo consensualmente
() Divorciado/Separado () Viúvo
8. Composição familiar:
 1. Quantos filhos você tem?:_____filho (s).
 2. Quantas pessoas moram em sua residência (excluindo você)?_____pessoa (s).
 3. Qual o grau de parentesco com cada uma dessas pessoas?:_____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
9. Religião atual: () Católico () Espírita () Evangélico () Protestante () Outras.
Especifique:_____
10. Habitação: () Própria () Financiada () Alugada () Cedida ()
Outras:_____
11. Renda individual:_____reais.
12. Renda familiar:_____reais.
13. Ocupação atual:_____
14. Ocupação anterior:_____
15. Há quanto tempo você é usuário deste serviço de saúde mental?:_____
16. Conta com pessoas que o auxiliam no cotidiano e/ou tratamento?_____
Quem?:_____
17. Como você chega até este serviço?:_____
18. Como você ocupa a maior parte de seu tempo

livre?: _____

19. Você acha que o transtorno mental interfere no seu dia-a-dia? _____ Como?: _____

20. Você acha que o transtorno mental interfere no seu relacionamento com:

1. pessoas em geral: () sim () não () não sabe
2. amigos: () sim () não () não sabe
3. familiares: () sim () não () não sabe

APÊNDICE F – ENTREVISTA USUÁRIO

- 1) A terapia ocupacional contribui para o senhor(a) realizar as suas atividades diárias? Como?

- 2) A terapia ocupacional contribui para que o senhor(a) desenvolva suas atividades de forma mais independente no seu dia-a-dia? Como?

- 3) De uma forma geral, o senhor(a) acha que a terapia ocupacional contribui com seu tratamento aqui no CAPS? Como?

ANEXO A – APRECIÇÕES DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 279/2011

Ribeirão Preto, 28 de julho de 2011

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 28 de julho de 2011.

Protocolo: nº 1351/2011

Projeto: O cotidiano de usuários de serviços substitutivos de saúde mental: estudo do funcionamento ocupacional e das habilidades de vida independente.

Pesquisadores: Luiz Jorge Pedrão
Francine Baltazar Assad

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Depto. de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 029/2013

Ribeirão Preto, 18 de fevereiro de 2013

Prezado Senhor,

Comunicamos que as modificações do projeto de pesquisa, abaixo especificado, foram analisadas e consideradas **APROVADAS AD REFERENDUM**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 18 de fevereiro de 2013.

Protocolo: nº 1351/2011

Projeto: Estratégia de cuidados utilizada por terapeutas ocupacionais em Centro de Atenção Psicossocial: enfoque nas habilidades de vida independente e no funcionamento ocupacional.

Pesquisadores: Luiz Jorge Pedrão
Francine Baltazar Assad

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão
Deptº de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Protocolo nº: 1351/2011

Entrada: 01/06/2011

Pesquisadores: Luiz Jorge Pedrão (orientador) e Franzine Baltazar Assad (Mestranda)

Parecer

Título do Projeto: “O cotidiano de usuários de serviços substitutivos de saúde mental: estudo do funcionamento ocupacional e das habilidades de vida independente”

Apreciação Geral: Este projeto foi aprovado por este CEP, em 28 de julho de 2011. No entanto, os pesquisadores submetem-no, novamente, porque foram feitas modificações no projeto após o exame de qualificação.

As mudanças promovidas foram alteração do título que passa a ser “**Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em Centro de Atenção Psicossocial: enfoque nas habilidades de vida independente e no funcionamento ocupacional**” e inclusão de mais um local como campo de estudo, o Centro de atenção Psicossocial I (CAPS I) de Batatais. Foi anexada ao processo a autorização da secretária de saúde de Batatais para a realização da pesquisa no CAPS do município.

Os objetivos e o método de investigação não foram alterados.

Pelo exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo considera o projeto APROVADO.

Ribeirão Preto, 06 de Fevereiro de 2013.

ANEXO B - AUTOAVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL

Versão Adaptada do SAOF

Nome: _____ idade _____ data _____

Terapeuta Ocupacional _____

Causalidade Pessoal: como você avalia as suas ações

- a) Conheço minhas habilidades? () sim () não () não sei
- b) Espero sempre resultados positivos das minhas ações e projetos? () sim () não () não sei
- c) Acredito nas minhas realizações? () sim () não () não sei
- d) Acredito nas minhas realizações no trabalho? () sim () não () não sei
- e) Acredito nas minhas realizações no meu lar? () sim () não () não sei
- f) Acredito nas minhas realizações no meu divertimento e no lazer () sim () não () não sei

Valores: atividades que são importantes e o valor de seus objetivos

- a) Faço atividades que tem significado para mim? () sim () não () não sei
- b) Tenho objetivo para o futuro? () sim () não () não sei
- c) Tenho expectativas reais a meu respeito? () sim () não () não sei

Interesses: a tudo que gosto de fazer

- a) Identifico meus interesses e gostos? () sim () não () não sei
- b) Tenho vários interesses? () sim () não () não sei
- c) Participo dos projetos que me são importantes? () sim () não () não sei

Papéis: desempenho e comportamentos sociais

- a) Costumo me envolver nos papéis que me comprometo? () sim () não () não sei
- b) de estudante? () sim () não () não sei
- c) de trabalhador? () sim () não () não sei
- d) de amigo? () sim () não () não sei

e) de familiar? () sim () não () não sei

f) Reconheço e procuro atingir as expectativas de meus papéis? () sim () não () não sei

g) Mantenho um equilíbrio saudável dos papéis na minha vida? () sim () não () não sei

Hábitos: rotina e cotidiano

a) Organizo satisfatoriamente meu tempo? () sim () não () não sei

b) Mantenho hábitos saudáveis que ajudam no desempenho dos meus papéis?

() sim () não () não sei

c) Sou flexível quando ocorrem mudanças na minha rotina? () sim () não () não sei

Habilidades: como é a minha aptidão, minha capacidade

a) Consigo me expressar para os outros? () sim () não () não sei

b) Tenho bom contato social? () sim () não () não sei

c) Planejo antes de agir? () sim () não () não sei

d) Concentro-me e completo meu trabalho? () sim () não () não sei

e) Identifico meus problemas? () sim () não () não sei

f) Identifico a solução para meus problemas? () sim () não () não sei

g) Quando identifico, consigo agir? () sim () não () não sei

h) Consigo desempenhar minhas tarefas cotidianas? () sim () não () não sei

i) Consigo cuidar da minha higiene? () sim () não () não sei

j) Consigo cuidar das minhas finanças? () sim () não () não sei

l) Consigo cuidar da minha casa? () sim () não () não sei

m) Sinto-me fisicamente capaz de fazer o que preciso? () sim () não () não sei

Meio Ambiente: recursos ambientais

a) Costumo frequentar ambientes favoráveis para mim? () sim () não () não sei

Quais?

ANEXO C – INVENTÁRIO DE HABILIDADES DE VIDA INDEPENDENTE (ILSS-BR)

Este questionário tem como finalidade obter seu ponto de vista sobre o ajustamento social de seu filho, parente ou residente em sua casa ou em serviços assistenciais. O ajustamento social pode ser avaliado pela maior ou menor capacidade de uma pessoa cuidar de si mesma e de seus interesses, como, por exemplo, alimentar-se, arrumar-se, realizar atividades domésticas e cuidados com a saúde, gerenciar suas finanças, utilizar transporte, realizar atividades de lazer e trabalhar. Este questionário abrange todas essas áreas de vida independente. Por favor, utilize a escala abaixo para marcar cada item. Observe com atenção enquanto você realiza sua classificação de cada um dos 84 itens listados neste questionário. Classifique cada um dos 84 itens de acordo com a frequência de ocorrência deste comportamento, em particular durante o último mês.

Cada item escolhido será marcado no questionário pelo entrevistador.

Nome da pessoa que está sendo avaliada _____

Nome da pessoa entrevistada _____

Relação entre o entrevistado e a pessoa que está sendo avaliada _____

Data _____

Escala: Frequência da ocorrência do comportamento

Para cada item deste questionário, por favor, registre na coluna abaixo do questionário a frequência da ocorrência de cada comportamento durante o último mês, segundo a escala abaixo. Se não houve oportunidade para o indivíduo se comportar de determinada forma (por exemplo, utilizar o ônibus quando não houve disponibilidade desse serviço), registre NA (não se aplica). Se não houve necessidade de que o indivíduo se comportasse desta forma (isto é, o parente ou encarregado das instalações, por exemplo, realiza as tarefas domésticas), também registre NA.

0	1	2	3	4
nunca	algumas vezes	com frequência	na maioria das vezes	sempre

I. Alimentação

Frequência do comportamento no último mês

1. Alimenta-se asseadamente (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

2. Usa utensílios adequados para se alimentar (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

3. Alimenta-se em ritmo normal, sem engolir às pressas nem demorar demais (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

4. Mastiga com a boca fechada (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

5. Tira comida dos pratos de outras pessoas sem permissão

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

6. Come a quantidade de alimento apropriada (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

7. Demonstra ter bons hábitos nutricionais (isto é, tem uma dieta bem equilibrada – não vive de doces e refrigerantes)(sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

8. Come comida que foi descartada (por exemplo, do chão ou do lixo)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

II. Cuidados pessoais

1. Toma banho usando sabonete todos os dias (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

2. Lava os cabelos pelo menos uma vez por semana (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

3. Usa desodorante diariamente (sem supervisão)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

4. Escova ou penteia os cabelos diariamente (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

5. Homem: barbeia-se quando necessário ou mantém sua barba aparada (sem supervisão)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

6. Providencia o corte ou o penteado dos cabelos quando necessário (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

7. Escova os dentes ou dentadura ou faz higiene bucal pelo menos uma vez ao dia (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

8. Despe-se em horas e locais apropriados (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

9. Veste-se em horas e locais apropriados (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

10. Conserva-se limpo(a) e arrumado(a) o dia todo (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

11. Separa apropriadamente roupas sujas para serem lavadas por ele (ela) ou por outras pessoas (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

12. Veste-se apropriadamente quanto ao clima ou eventos sociais (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

13. Quebra a etiqueta social em geral (por exemplo, coça partes inadequadas do corpo em público, arrota em público sem se desculpar)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

III. Atividades domésticas

1. Arruma sua cama diariamente (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

2. Mantém o quarto ou espaço individual limpo (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

3. Troca a roupa de cama sempre que necessário (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

4. Recolhe objetos que caem no chão (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

5. Limpa líquidos derramados(sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

6. Ocupa-se da arrumação de sua moradia quando necessário (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

7. Realiza tarefas domésticas que lhe foram atribuídas (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

8. Coloca a roupa suja no tanque ou na máquina de lavar(sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

9. Usa a quantidade correta de sabão para lavar a roupa (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

10. Coloca as roupas para secar (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

11. Guarda as roupas limpas (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

12. Dobra e/ou pendura as roupas (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

IV. Preparo e armazenamento dos alimentos

1. Prepara refeições simples que não precisem ser misturadas ou cozidas (por exemplo, sanduíches, saladas ou cereal com leite)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

2. Prepara e cozinha refeições simples (por exemplo, ovos fritos, macarrão, etc.) (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

3. Guarda os alimentos apropriadamente (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

4. Pode identificar e jogar fora alimentos estragados (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

5. Limpa a mesa (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

6. Lava e enxuga a louça e os utensílios de cozinha (caneca, prato, etc.) ou usa máquina de lavar louça (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

7. Guarda os utensílios de cozinha (caneca, prato, etc.) (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

V. Saúde

1. Relata apropriadamente seus problemas físicos (sem exagerar ou omitir)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

2. Cuida de seus próprios problemas físicos mais leves de forma apropriada

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

3. Consegue ajuda de serviços públicos adequados (INSS, bombeiros, polícia, vigilância ou outros recursos), assistente social, médico, dentista, família, quando necessário

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

4. Segue a orientação dos serviços acima citados

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

5. Fuma respeitando as regras de segurança

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

6. Aceita tomar a medicação que lhe é administrada

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

7. Toma seu medicamento sem supervisão (horários e dosagens)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

8. Contata serviços públicos (por exemplo, polícia, bombeiros, instituições para desabrigados) para fazer queixas ou pedidos impróprios (por exemplo, entra na delegacia para pedir uma carona para casa, telefona diariamente para instituições para desabrigados para relatar variados problemas sem importância)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

VI. Administração do dinheiro

1. Compra a quantidade adequada de mercadorias (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

2. Compra suas próprias roupas (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

3. Compra objetos de uso pessoal (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

4. Providencia o conserto de roupas e objetos (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

5. Paga contas (inclusive aluguel, alimentos, roupas, transporte, atividades de lazer e bens pessoais) (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

6. Administra adequadamente seu orçamento (isto é, planeja suas despesas de acordo com seus recursos financeiros)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

7. Procura ajuda ou informação, quando necessário, para planificação de seu orçamento (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

8. Compreende os termos tutela ou curadoria (se for aplicável ao caso)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

9. Compra itens essenciais antes de gastar dinheiro com supérfluos (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

10. Utiliza o relógio para organizar sua programação diária

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

11. Devolve material defeituoso ou troca mercadorias em lojas (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

12. Confere troco em lojas (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

VII. Transporte

1. Anda de ônibus (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

2. Lê itinerários de ônibus (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

3. Vai a pé a locais da vizinhança (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

4. Respeita as normas para pedestres (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

5. Informa-se e segue as indicações de um trajeto (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

6. Faz viagens de longa distância (de ônibus, trem ou avião) (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

7. Comporta-se apropriadamente em ônibus, trens ou aviões (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

VIII. Lazer

1. Ocupa-se regularmente com um passatempo (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

2. Passeia fora de seu local de residência (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

3. Cuida do jardim ou quintal (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

4. Ouve rádio ou vê televisão (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

5. Escreve cartas (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

6. Assiste a atividades esportivas (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

7. Joga cartas ou outros jogos de mesa (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

8. Lê jornais habitualmente (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

9. Vai a reuniões de organizações cívicas ou outras (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

IX. Emprego

1. Procura emprego através de anúncios classificados

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

2. Contata empregadores em potencial para avaliar possíveis oportunidades de trabalho (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQÜÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

3. Contata amigos/outros pacientes/assistente social/agência para indicações de empregos (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

4. Participa de entrevistas de seleção para obter emprego (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

5. Tem aspirações realísticas de emprego

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

6. Sai na hora certa para os compromissos (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

7. Sai na hora certa para o emprego (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4

8. Chega na hora certa em seu emprego e respeita o horário de almoço (sem necessidade de orientação)

NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
0	1	2	3	4