

**TAINÁ TAYOTA DE OLIVEIRA**

**A terapia ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em  
unidades psiquiátricas no hospital geral**

São Paulo

2023



**TAINÁ TAYOTA DE OLIVEIRA**

**A terapia ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em  
unidades psiquiátricas no hospital geral**

**Versão Corrigida**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá

São Paulo

2023

Catálogo da Publicação  
Serviço de Documentação Odontológica  
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

---

Oliveira, Tainá Tayota de.

A terapia ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no hospital geral/ Tainá Tayota de Oliveira; orientador Rosé Colom Toldrá. -- São Paulo, 2023.

130 p. : tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão Corrigida.

1. Terapia Ocupacional. 2. Saúde Mental. 3. Hospital Geral. 4. Serviços de Emergência Psiquiátrica. 5. Internação Psiquiátrica. I. Toldrá, Rosé Colom. II. Título.



Oliveira TT. A terapia ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no hospital geral. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 04/05/2023.

### **Banca Examinadora**

Prof(a). Dr(a). Rosé Colom Toldrá

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovada

Prof(a). Dr(a). Maria Helena Morgani de Almeida

Instituição: Universidade de São Paulo

Julgamento: Aprovada

Prof. Dr. Jorge Fouad Maalouf

Instituição: Faculdade de Psicologia da Universidade Cruzeiro do Sul

Julgamento: Aprovada



Dedico este trabalho a todos os profissionais que acreditam e lutam por um Sistema Único de Saúde de qualidade, se empenhando diariamente na prestação de um cuidado humanizado e digno mesmo frente aos desafios e dificuldades do dia a dia.





## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os profissionais que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, dedicando seu tempo para partilhar sua experiência profissional.

Aos profissionais com que pude trabalhar nestes 10 anos de trajetória no Sistema Único de Saúde, que me ajudaram a compreender, refletir e trocar experiências sobre o trabalho na saúde pública.

Aos meus pais que não mediram esforços para me proporcionar condições aos meus estudos.

À minha irmã Natália, à Fernanda e todos os meus amigos que sempre estiverem ao meu lado, me apoiando, incentivando e dando forças para chegar até aqui.

Aos colegas e docentes do Programa de Formação Interdisciplinar de Saúde, que contribuíram imensamente para meu desenvolvimento pessoal, acadêmico e profissional.

À minha orientadora, Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá, que contribuiu para o desenvolvimento desta pesquisa e me apoiou em todo processo, fazendo com que não desanimasse mesmo nos momentos mais difíceis.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.



“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.”

Nise da Silveira



## RESUMO

Oliveira TT. A terapia ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no hospital geral [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023. Versão Corrigida

A atenção à saúde mental no Brasil está fundamentada no modelo psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica. Os serviços devem funcionar em uma rede ampla, incluindo os serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos e enfermarias psiquiátricas em hospital geral. O hospital geral tem relevante papel na rede de atenção em saúde mental e deve prover internações de curta duração para usuários com sofrimento mental, principalmente em situação de crise, com sintomas psíquicos agudizados e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Na atenção hospitalar, preconiza-se uma equipe multidisciplinar, na qual o terapeuta ocupacional está incluído. Objetivo: Conhecer e refletir sobre as práticas da terapia ocupacional no cuidado de usuários em unidades psiquiátricas em hospital geral. Materiais e Métodos: Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. Participaram da pesquisa 23 terapeutas ocupacionais que atuam em unidades psiquiátricas nos hospitais gerais públicos do Estado de São Paulo. Foi elaborado um questionário online com auxílio da ferramenta do google forms para coleta dos dados sociodemográficos, de formação profissional, caracterização da instituição, da população atendida e das práticas desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais. A pesquisa foi realizada no período de março a outubro de 2019. Os dados qualitativos foram estudados a partir da análise de conteúdo temática. Resultados: As terapeutas ocupacionais possuem experiência de trabalho em unidades psiquiátricas de 1 a 14 anos e formação complementar em saúde mental e/ou áreas correlatas. Identificou-se a utilização de uma diversidade de espaços para os atendimentos: convivência, salas de grupo, leito, consultório e no território do usuário. Nas práticas das terapeutas ocupacionais destacam-se tanto as ações individuais como em grupos, com os usuários e familiares e, em alguns serviços, compartilhados com a equipe multiprofissional. O engajamento, independência e autonomia dos usuários são exploradas nas dinâmicas, e, nas atividades diárias voltadas a rotina hospitalar. O terapeuta ocupacional também auxilia na superação da crise, na reorganização do pensamento e da vida cotidiana. As ações com a rede

de saúde ocorrem na maioria dos serviços e as intersetoriais com menor frequência; a alta hospitalar, em geral, é decidida pela equipe profissional, indicando estratégias de cuidado na perspectiva da atenção psicossocial. Como principais desafios apontam-se as fragilidades das redes de atenção, a falta de suporte familiar e as frequentes reinternações. Nos serviços, destacam-se a falta de estrutura física, de materiais e de profissionais. Por parte de alguns profissionais, ainda há preconceitos em relação aos usuários com sofrimento mental, repercutindo no trabalho multiprofissional. Conclusão: A pesquisa demonstra a relevância da terapia ocupacional na atenção a crise na medida em que colabora na reorganização e diminuição dos sintomas do usuário, apoia os familiares e estimula multidisciplinariedade. Espera-se que a pesquisa contribua para a produção de conhecimento e maior visibilidade das práticas da terapia ocupacional em saúde mental no hospital geral. Como produto educacional foi desenvolvido um folder com informações sobre as contribuições da terapia ocupacional na atenção ao usuário com sofrimento mental, suas famílias e com a equipe multiprofissional no hospital geral, bem como visou fornecer esclarecimentos sobre o sofrimento mental e a importância dos vínculos para romper o preconceito e estigma desta população. Esta ferramenta poderá ser utilizada pelas terapeutas ocupacionais para divulgar o trabalho profissional e potencializar a atuação da equipe multiprofissional.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional. Saúde Mental. Hospital Geral. Internação Psiquiátrica. Equipe Multiprofissional. Produto Educacional.

## ABSTRACT

Oliveira TT. The occupational therapy and user care in psychiatric units in the general hospital [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023. Versão Corrigida

The model of mental health care in Brazil is based on the model psychosocial proposed by the Psychiatric Reform. Services should work in a wide network which includes emergency services and psychiatric emergency, beds and psychiatric wards in a general hospital. The general hospital plays a relevant role in the mental health care network and the hospitalizations must be of short duration, according to operating rules and service qualification, for the care of users with mental suffering, especially in a crisis situation or with acute psychic symptoms and with needs arising from the use of alcohol and other drugs in a hospital care context, a multidisciplinary team is recommended, in which occupational therapist is included. Objective: To know and understand practices of Occupational Therapy at hospitalized people care in psychiatric units in a general hospital at State of São Paulo. Materials and Methods: Research with a qualitative, descriptive and exploratory approach. The participants were 23 occupational therapists who works in psychiatric units of public general hospitals at State of São Paulo. For collection of data, a questionnaire was used with questions referring to the sociodemographic and training data of the participants, characterization of the institution and of the population served besides the professional practices developed. The study was carried out from March to October 2019. The qualitative data were studied based on thematic content analysis. Results: The professionals have work experience in the mental health field, with range of 1 year and 6 months to 14 years and all have complementary mental health training and the like. A diversity of practices and use of service spaces, from group rooms, coexistence, bed, office as well as outside the hospital and users' territory. Of the actions, both individual, workshop groups and body practices therapy stand out insome team services shared. In the actions with the health and intersectoral network, therapy participates occupational health in articulation with team professionals, in most services. As main challenges, weaknesses in care networks, lack of family support and readmissions; lack of physical structure, materials in the service and lack of professionals; there is stigma and prejudice at the team in relation



to users. Conclusion: The study provided an overview on the insertion and practices of occupational therapists in public hospitals of the State of São Paulo and its relevance in the situation of crisis and aggravation of symptoms both for the user and for the family and social network. Expected that the study contributes to the production of knowledge and visibility on the practices of occupational therapy in mental health at general hospital. As an educational product, a guidance guide was developed on contributions to occupational therapy with the multidisciplinary team at the care of people with psychic suffering in the general hospital.

**Keywords:** Occupational Therapy. Mental Health. Psychiatric Hospitalization. General Hospital. Multidisciplinary Team. Educational Product.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados sociodemográficos e de formação das terapeutas ocupacionais participantes do estudo que atuam em saúde mental no hospital geral, São Paulo, 2019.....	40
Tabela 2 - Formação das terapeutas que atuam em saúde mental no hospital geral, São Paulo, 2019 .....	43
Tabela 3 - Número de leitos de saúde mental/psiquiatria e tempo de internação dos usuários nas unidades psiquiátricas no hospital geral, São Paulo, 2019 .....	44
Tabela 4 - Profissionais que compõem as equipes de saúde mental, ações setoriais e intersetoriais nas unidades psiquiátricas no hospital geral , São Paulo, 2019 .....	46
Tabela 5 - Usuários atendidos nas unidades psiquiátrica no hospital geral, São Paulo, 2019 .....	49
Tabela 6 - Redes de suporte social e familiar dos usuários, atenção oferecida e dificuldades da família dos usuários atendidos nas unidades psiquiátricas no hospital geral, São Paulo, 2019 .....	51
Tabela 7 - Usuários acompanhados e práticas de terapia ocupacional em saúde mental no hospital geral , São Paulo, 2019 .....	60
Tabela 8 - Altas compartilhadas entre a equipe de saúde mental nas unidades psiquiátricas no hospital geral, São Paulo, 2019 .....	65



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária de Saúde
AP	Atenção Psicossocial
AVD	Atividade de vida diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONASS	Conselho Nacional de Assistência Social
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
HG	Hospital Geral
HP	Hospital Psiquiátrico
MOH	Modelo de Ocupação Humana
MS	Ministério da Saúde
MTOD	Método Terapia Ocupacional Dinâmica
NAPS	Núcleos de Assistência Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAS	Rede de Atenção a Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial em Saúde
RP	Reforma Psiquiátrica
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido



# SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO</b> .....	25
1.1 Contextualização histórica da atenção à saúde mental no hospital geral .....	27
1.2 Contextualizações da Terapia Ocupacional .....	30
<b>2.OBJETIVOS</b> .....	34
2.1 Objetivo Geral.....	34
2.2 Objetivos Específicos .....	34
<b>3.MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	35
3.1 Tipos de Pesquisa .....	35
3.2 Critérios de inclusão e exclusão para participação da pesquisa .....	35
3.3 Participantes da pesquisa .....	35
3.4 Procedimentos para coleta de dados .....	36
3.5 Instrumentos para coleta de dados .....	36
3.6 Procedimentos de análise de dados .....	37
3.7 Procedimentos éticos .....	
<b>4.RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	38
4.1 Dados sociodemográficos e de formação das terapeutas ocupacionais .....	38
4.2 Caracterização do local de trabalho das terapeutas ocupacionais .....	43
4.3 Caracterização dos usuários acompanhados nas unidades psiquiátricas no hospital geral e rede de suporte.....	48
4.4 Práticas das terapeutas ocupacionais em saúde mental no hospital geral .....	55
4.5 Dimensões do cuidado de terapia ocupacional em saúde mental no hospital geral .....	68
4.5.1 Terapia ocupacional e o cuidado da crise em saúde mental no hospital geral.....	69
4.5.2 Desafios enfrentados pelas terapeutas ocupacionais no cuidado da crise em saúde mental no hospital geral .....	77
<b>5.CONCLUSÃO</b> .....	85
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	88
<b>APÊNDICE A</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	95
<b>APÊNDICE B</b> - Questionário elaborado pelas pesquisadoras.....	99

<b>APÊNDICE C - Produto Educacional .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO A -Parecer do Comitê de Ética.....</b>	<b>123</b>

## APRESENTAÇÃO

Durante a minha formação acadêmica em terapia ocupacional, desde o contato com as diferentes áreas de atuação, me interessei pelo campo da saúde mental. Iniciei a vida profissional em um serviço de internação de usuários com doenças crônicas e essa experiência me permitiu aprender e desenvolver o manejo com situações diversas, principalmente com usuários com deficiência intelectual.

A partir dessa primeira experiência profissional, toda a minha trajetória foi na rede de atenção psicossocial. Atuei em diferentes serviços, como na atenção básica, em centro de atenção psicossocial e atualmente em enfermaria psiquiátrica no hospital geral. Todas essas experiências me permitiram estar e atuar em diversos pontos da rede de atenção psicossocial, conhecer as dificuldades e possibilidades de cada um e, assim, possibilitar o exercício profissional, considerando as necessidades dos usuários e as peculiaridades de cada equipamento de saúde.

As vivências como profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família por 5 anos e no Centro de Atenção Psicossocial por 3 anos foram fundamentais para a construção de um trabalho mais efetivo no hospital geral. Estar em uma unidade de internação psiquiátrica me fez entrar em contato com práticas que, por vezes, pareciam estar contra ao que se pretende a reforma psiquiátrica. No entanto, compreendo que a reforma é um processo para o qual ainda há muito o que se fazer para melhoria da assistência, visando melhorar a assistência das pessoas com sofrimento mental, principalmente quando se trata de uma situação de crise.

Na enfermaria saúde mental, tive a oportunidade de atuação com muitos usuários e familiares, com dificuldades e realidades variadas. O trabalho neste local me possibilitou a reflexão junto aos demais profissionais da equipe sobre os manejos e estratégias para o desenvolvimento de um cuidado que atendam às necessidades dos usuários. Enquanto equipe, planejamos ações que muitas vezes extrapolavam os muros institucionais e geravam questionamentos se as ações estariam dentro do arcabouço das práticas hospitalares, tanto por parte dos profissionais do hospital e como também pela própria instituição. Após muitas dúvidas, questionamentos e reflexões surgiram o desejo de compreender melhor o trabalho da terapia ocupacional em saúde mental no hospital geral, e, para tanto, a vontade de conhecer as práticas desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais



que atuam e atuaram nesse mesmo campo profissional. Em meio a todo esse processo, dei início ao mestrado profissional com o intuito de compreender as práticas de terapia ocupacional no cuidado de usuários em saúde mental no hospital geral a fim de contribuir para um cuidado mais efetivo e humanizado a essas pessoas.

## 1. INTRODUÇÃO

A história da assistência psiquiátrica no Brasil foi constituída a partir de um modelo de atenção caracterizado por práticas assistenciais que enfatizavam a sintomatologia e se efetivavam por intermédio de longas internações em hospitais psiquiátricos (HP). Entretanto, essa realidade foi transformada gradativamente, iniciada com o movimento de Reforma Psiquiátrica (RP), no final da década de 1970.

A RP propôs um novo paradigma no tratamento das pessoas com sofrimento mental, ou seja, mudança do modelo hospitalocêntrico para o modelo extra hospitalar. A RP deu-se início após inúmeras denúncias sobre o tratamento realizado nos HP, o que deu origem em 1978 à formação do movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (1).

Segundo Nicácio (2),

o movimento assumiu o relevante papel de produzir o debate público sobre a questão psiquiátrica, denunciando as condições desumanas de vida no interior dos manicômios, a cronificação, reclusão e discriminação dos doentes mentais, as péssimas condições de trabalho dos profissionais e a privatização da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social.

A partir deste movimento no Brasil, a RP foi norteada pelo paradigma psicossocial. Este paradigma propôs a reabilitação psicossocial, a qual consistiu em um conjunto de princípios e procedimentos que visavam o aumento das habilidades e diminuição das dificuldades das pessoas com sofrimento mental (3).

Os programas e serviços voltados à RP foram desenvolvidos com o intuito de facilitar a vida das pessoas com sofrimento mental. Eles dão ênfase aos potenciais e aspectos sadios da pessoa por meio de uma abordagem compreensiva, e incluem suportes vocacional, residencial, social e educacional (4).

A ausência de políticas sociais no país voltadas para a saúde e para a saúde mental foi evidenciada durante a 8ª Conferência de Saúde realizada em março de 1986. Ali foram estabelecidas as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987, bem como foram apresentadas denúncias sobre a violência e os maus tratos a que estavam expostos os internos dos HP (5).

Com base nestas duas conferências e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se na história da RP a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, promovida pela Organização Panamericana de Saúde (6). Desta conferência resultou a Declaração de Caracas, em que se destacou, dentre outros aspectos, o papel do HP como prestador de serviços e responsável pela preservação da dignidade pessoal, dos direitos humanos, oferta de serviços no meio comunitário e a internação quando necessário, ou seja, o HP deveria fornecer atendimento digno e de qualidade aos usuários quando internados (7). As terapeutas ocupacionais demonstram preocupação com os direitos das pessoas com sofrimento mental internadas e com a defesa de serviços na comunidade. No campo legislativo e jurídico, o resultado das lutas dos movimentos antimanicomiais ocorreu em 1989, com a propositura na Câmara Federal do Projeto de Lei nº 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (8). O projeto tinha como proposta a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais (9).

Em 1991, a Portaria nº 189 do Ministério da Saúde (MS) impôs um rigor maior às internações psiquiátricas e implementou no SUS os procedimentos em saúde mental realizados nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) (10). No ano seguinte, a Portaria nº 224 regulamentou o funcionamento desses serviços, seguindo diretrizes de atenção integral, regionalizada e multiprofissional (11, 12).

Após 12 anos de tramitação, o Projeto de Lei de Paulo Delgado foi aprovado no Congresso Nacional, que promulgou a Lei 10.216/2001. A lei visa a proteção dos direitos da pessoa com sofrimento mental, de seus direitos de cidadãos, asseguram sua inclusão social e evitam atitudes discriminatórias (13).

O hospital geral (HG) faz parte de uma rede mais ampla de serviços de saúde na medida em que incluem também os serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos e enfermarias psiquiátricas no hospital geral. Assim, o HG tem o reconhecimento e relevante papel terapêutico no contexto da assistência em saúde mental como integrante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (14).

## 1.1 Contextualização histórica da atenção à saúde mental no hospital geral

A primeira legislação sobre a atenção em saúde mental no contexto do HG ocorreu em 1992, a partir da publicação da Portaria nº 224. Nesta Portaria, o MS regulamenta o funcionamento das unidades psiquiátricas no HG e reafirma que, além de representar um recurso terapêutico importante, o cuidado em HG não imprime ao internado o estigma que historicamente se construía a partir da passagem por HP (11).

Apesar da Portaria ter sido publicada em 1992, somente no ano de 2008 foi instituído o grupo de trabalho sobre saúde mental em HG através da Portaria GM/MS nº 1.899 com o intuito de elaborar diagnóstico, implantar leitos, sugerir medidas e estratégias para a expansão e qualificação desses leitos (15).

A partir dos resultados do grupo de trabalho, o MS incentivou o aumento do número de leitos psiquiátricos qualificados em HG. No que se refere aos usuários de álcool e outras drogas no SUS, em 2009 o MS criou o plano emergencial para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no SUS. Este plano teve o objetivo de reajustar a remuneração dos procedimentos em saúde mental nos HG – Portaria 2.629/09 (16). Pela primeira vez na história da assistência à saúde mental, os procedimentos de psiquiatria em HG passariam a ser mais bem remunerados do que os procedimentos em HP (17).

Cumprindo as ações previstas no “Plano Crack, é possível vencer”, nos meses de dezembro de 2011 e janeiro de 2012, o MS publicou uma série de portarias que instituíram a RAPS em saúde mental. Em 23 de dezembro de 2011, a portaria nº 3.088 fundamentou a RAPS, propondo a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso, abuso ou dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (18).

A RAPS é constituída pelos serviços da atenção primária à saúde, atenção psicossocial especializada (CAPS, Ambulatórios), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Seu objetivo é o de melhorar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, ajudar usuários e

suas famílias e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (18).

Na Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012, foram definidas as normas de funcionamento e habilitação do serviço hospitalar de referência para atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas (14).

O componente de atenção hospitalar da RAPS habilita HG, maternidades e hospitais de pediatria para oferta de leitos de saúde mental que funcionem como retaguarda para a rede. O principal objetivo é oferecer cuidado hospitalar para pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para que seja realizada a avaliação diagnóstica, manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que apresentem risco de vida para o usuário. O acesso deve ser regulado a partir de critérios clínicos e as internações devem ser de curta duração, priorizando a superação da lógica asilar realizada pelos HP (14). A atuação da terapia ocupacional está condizente com a finalidade estabelecida no cuidado hospitalar, na medida em que ocorre, por meio de diferentes estratégias, uma cooperação com a equipe para a elaboração de um diagnóstico mais abrangente, manejo de situações de crise e/ou de vulnerabilidade.

No final do ano de 2017, a Política Nacional de Saúde Mental PNSM passou por reformulações. Nesse cenário, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o MS e representantes dos estados no Conselho Nacional de Assistência Social (CONASS) e municípios no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), anunciou mudanças na PNSM (Resolução CIT nº 32/2017 e Portaria nº 3.588/2017). Dentre as modificações propostas pelo governo estaria a manutenção de leitos em HP, a ampliação de recursos para comunidades terapêuticas e a limitação na oferta de serviços extra hospitalares. Diversos movimentos se colocaram contrários a essas mudanças, incluindo os profissionais que atuam nos HGs, uma vez que estas representam retrocessos na assistência em saúde mental, e não estavam alinhados aos preceitos da RP. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) emitiu nota em que um dos trechos diz:

A despeito de seu crescimento, o modelo brasileiro de assistência à saúde mental ainda precisa de expansão de serviços comunitários onde existam leitos cobrindo o cuidado nas 24 horas, e leitos

complementares em HGs para a intervenção responsável nas crises emocionais e uso prejudicial de drogas. Tais serviços foram os que menos se expandiram em todo o território nacional, deixando as redes de atenção frágeis e pouco potentes, o que tem sido argumento para justificar o retrocesso primitivo aos lugares de exclusão e violência por gerentes pouco informados e qualificados para a evolução tecnológica e científica do cuidado em saúde mental (19).

Com as mudanças propostas na Portaria nº 3.588/2017, o HG, embora seja um componente da RAPS com reconhecida importância, sofreu impactos com a nova proposta. Os impactos dessa mudança ocasionaram diminuição de leitos de saúde mental e até mesmo o fechamento de enfermarias e serviços de urgência e emergência no âmbito hospitalar. No entanto, os serviços de saúde mental no HG têm a função de dar suporte ao atendimento de emergências psiquiátricas para o manejo de pessoas em crise ou com sintomas psíquicos agudizados (20).

As urgências e emergências psiquiátricas podem ser definidas como qualquer alteração de natureza psiquiátrica em que ocorram alterações do estado mental, as quais resultam em risco de morte ou injúria grave, para o usuário ou para terceiros. Necessitam de intervenção terapêutica imediata e os atendimentos devem atender os seguintes objetivos: “estabilização do quadro; reconhecimento de patologias e alterações orgânicas; estabelecimento de hipóteses diagnósticas e encaminhamento para continuidade do cuidado” (21).

Segundo Barros et al.(22):

A situação de crise é condição onde existe um distúrbio de pensamento, emocional ou comportamental, na qual seja necessário um acolhimento apropriado e rápido, focalizado no usuário, com o intuito de evitar maiores prejuízos físicos ou emocionais e até mesmo extinguir possíveis riscos de vida.

A crise transforma-se se em urgência à medida que interfere, de forma incisiva, na rotina do usuário, familiar do responsável e mesmo do serviço de saúde a ele vinculado. Experiências práticas com as abordagens de situações de crise na lógica da RP mostram ser possível compreendê-la como expressão de dimensões diversas da subjetividade, como um momento complexo na história da pessoa, seja de ruptura e/ou continuidade (23).

As pessoas em situações de crise raramente tiveram prioridade nas políticas de saúde pública no Brasil. Até a reforma na assistência à saúde mental, os usuários eram atendidos nos manicômios. Alguns serviços de urgência e emergência psiquiátrica surgiram como iniciativas isoladas de alguns centros universitários ou hospitais públicos, principalmente nos grandes centros urbanos. Não havia a preocupação de integrar os serviços de emergências psiquiátricas especializadas às demais unidades que faziam parte da rede de saúde mental (22).

Constata-se ainda que os trabalhadores apresentam grande dificuldade em oferecer o que a pessoa em crise necessita, como empatia, diálogo, corresponsabilização, humanização, subjetividade e criatividade. Percebe-se no cotidiano da atenção às situações de crise e urgência em saúde mental que ainda está presente o entendimento de tratar-se de uma questão da ordem da segurança pública ou se reduz a situação da necessidade de diminuição de sintomas (24, 25). Neste processo, é imprescindível uma intervenção imediata de uma equipe de profissionais bem treinados, com objetivo de evitar maiores danos à saúde do usuário ou de extinguir possíveis riscos à sua vida e a de terceiros (26).

Assim, para o atendimento adequado da pessoa com sofrimento mental, é preconizado que o HG ofereça equipe multiprofissional qualificada, espaço terapêutico, além de desenvolver atividades como atendimento individual e grupal, abordagem familiar e garantia de encaminhamento pós alta, para continuidade do tratamento em serviço de referência da rede extra hospitalar. Nesse contexto, a inserção de novos profissionais em um local antes habitado apenas por médicos e enfermeiros se torna uma realidade e o terapeuta ocupacional, assim como outros profissionais, participam como membro da equipe de saúde mental no HG (17).

## **1.2 Contextualizações da Terapia Ocupacional**

Na história da terapia ocupacional, desde meados do século XIX e início do século XX, encontram-se referências sobre o “uso terapêutico das ocupações”, basicamente sob orientação de médicos. Tais ocupações eram desenvolvidas principalmente em instituições asilares para pessoas com sofrimento mental. Esta foi a base do tratamento moral proposto por Pinel, na França. Os HP brasileiros, que surgiram a partir de meados do século XIX, procurava seguir os moldes dessa proposta de intervenção (27).

No campo da saúde mental, a terapia ocupacional participou do movimento da RP e fazia crítica ao modelo tradicional da institucionalização psiquiátrica e da concepção da doença mental (28). A profissão participou diretamente das transformações da assistência em saúde mental por meio de contribuições no que diz respeito à elaboração das Diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental e da implementação de suas propostas, o que permitiu assumir uma nova identidade profissional (28).

A partir da RP, a terapia ocupacional, juntamente com as demais profissões da saúde mental, precisou reavaliar seu modelo de atenção, tendo em vista a transformação das premissas de assistência baseadas no conceito de reabilitação psicossocial. Deste modo, a terapia ocupacional realizou uma revisão de seus aportes teóricos, suas práticas assistenciais, no sentido de questionar seu papel frente a esse novo paradigma de saúde mental (29).

Nesta perspectiva, foi preciso abdicar de um modelo de cuidado com enfoque na doença para priorizar a promoção da saúde, a cidadania e a participação na vida social, para uma atenção voltada à singularidade do sujeito, de forma a facilitar o exercício da autonomia e de ações em sua comunidade (30).

Em relação à área de atuação da terapia ocupacional em contextos hospitalares, nota-se reconhecimento da especialidade em 06 de novembro de 2009, a partir da resolução COFFITO nº 371, que dispõe sobre a alteração do artigo 1º da Resolução COFFITO nº 366/2009, que não contemplava a referida especialidade (31).

A atenção em saúde mental no contexto do hospital geral habitualmente inclui ações multiprofissionais e o terapeuta ocupacional se apresenta como profissional membro da equipe. Neste contexto a atenção da terapia ocupacional pode estar direcionada tanto para as pessoas internadas por necessidades clínicas diversas que apresentem demandas de saúde mental, quanto para pessoas com sofrimento mental, com alterações clínicas ou com agudização do quadro psiquiátrico (32).

A atuação da terapia ocupacional no HG pode envolver ações voltadas à capacitação das equipes, avaliação e promoção de intervenções que considerem os procedimentos, a hospitalização, a história de vida, as características pessoais e a relação equipe-médico-usuário. A modalidade de intervenção em grupo é



considerada indicada como possibilidade de ressignificação da história particular e subjetiva vivida pela pessoa (32).

No Brasil, foi realizado um primeiro estudo em um serviço de interconsulta psiquiátrica de um hospital de clínicas do interior do Estado de São Paulo. O estudo conduzido por Frizzo(33) teve como objetivo identificar os motivos de solicitação de interconsulta direcionados pela equipe de interconsulta psiquiátrica para o atendimento de terapia ocupacional. Os principais motivos de solicitação estavam relacionados às dificuldades atribuídas pela equipe em relação ao usuário, seguidos de dificuldades relacionadas ao apoio à equipe (33). Dentre os motivos atribuídos aos usuários destacam-se: as manifestações de sintomatologias psiquiátricas; a solicitação de seguimento psicossocial/psicoterápico; as reações emocionais decorrentes de procedimentos invasivos; os antecedentes psiquiátricos e disfunções, incapacidades ou deficiência física (33).

Outro estudo realizado por Tedesco identifica os motivos da interconsulta psiquiátrica para os usuários internados no HG e encaminhados para a terapia ocupacional. Como no estudo anterior, Tedesco evidencia situações que dizem respeito às dificuldades da equipe até identificação de necessidades dos usuários. Dentre os fatores destacam-se: “dificuldades no manejo clínico e na relação com equipe de cuidadores, sintomas psiquiátricos, dificuldade em lidar com a doença ou internação, longo período de hospitalização e ao interesse do próprio usuário em ser atendido pela terapia ocupacional” (34).

Quanto à atenção do terapeuta ocupacional em enfermaria psiquiátrica no HG, Cocenas et al. (35) revela que no processo de avaliação propõe-se uma entrevista com o familiar e com o usuário internado. A entrevista tem como objetivo a coleta de informações sobre a história da moléstia atual, história patológica pregressa, das atividades de trabalho e lazer, interesses, relacionamentos interpessoais, assim como realização de uma atividade de livre escolha, para avaliação dos componentes de desempenho envolvidos, incluindo habilidades, fatores emocionais e sintomas. A partir desse processo inicial, são sistematizados atendimentos baseados nos objetivos a serem alcançados pelos usuários por meio de atendimentos individuais e em grupo desenvolvidos numa perspectiva multidisciplinar (35).

A experiência da estratégia grupal no contexto do HG é diversificada e envolve diferentes populações. Em uma experiência de um estágio profissionalizante de terapia ocupacional em saúde mental, desenvolvido em enfermaria psiquiátrica de HG, foram apontados três tipos de grupos: grupo de jornal; grupo de atividades livres e grupo de expressão corporal (36). O grupo de jornal dava oportunidade para que os usuários escrevessem sobre seus próprios sentimentos, assuntos associados às pessoas próximas ou notícias de interesse da semana nos meios de comunicação. As notícias eram agrupadas e afixadas pelos usuários em um mural na sala de atividades, local em que havia grande circulação de internos e de familiares. Isso dava visibilidade às atividades desenvolvidas pelos usuários (36). Outra modalidade grupal foram as de atividades livres, em que as atividades eram desenvolvidas de acordo com os materiais disponíveis. Já com grupo de expressão corporal explorava-se o contato e a percepção dos usuários sobre o seu próprio corpo, ampliação da linguagem corporal, estímulo à autoconfiança e relacionamentos interpessoais por meio de atividades como jogos musicais, dança, mímica, brincadeiras, relaxamento, entre outras (36).

Ainda, como experiência de grupo terapêutico em uma unidade psiquiátrica de internação em HG, outro estudo abordou a prática da terapia ocupacional por meio de grupos e oficinas terapêuticas. Os grupos terapêuticos relatados foram: grupos de reflexão, operativos, oficinas de desenho e de artes. No grupo de reflexão, o foco estava voltado ao estado de saúde do usuário e sobre seus sentimentos (37).

No grupo operativo, a atividade centrava-se em tarefas, por exemplo, plantação, manutenção da horta e do jardim. Nesse grupo, cada usuário ficava responsável por uma função de determinada atividade. No grupo oficina de desenho, utilizavam-se técnicas variadas de desenho e, na oficina de artes, eram utilizadas técnicas de arte terapia e artesanato (37).

Dado o número reduzido de estudos sobre a perspectiva da atuação da terapia ocupacional em saúde no HG, o presente trabalho visa a ampliação do conhecimento sobre as práticas da terapia ocupacional no cuidado aos usuários em unidades psiquiátricas em HG do Estado de São Paulo, bem como busca a valorização da atuação da terapia ocupacional na perspectiva de uma atuação multiprofissional e/ou interprofissional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Conhecer e refletir sobre as práticas de terapia ocupacional no cuidado de usuários em unidades psiquiátricas em hospitais gerais do Estado de São Paulo.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar e caracterizar o perfil sociodemográfico das terapeutas ocupacionais que atuam em unidades psiquiátricas no hospital geral;
- Caracterizar a população atendida por terapeutas ocupacionais nas unidades psiquiátricas em unidades psiquiátricas no hospital geral;
- Identificar e compreender as práticas de cuidado da terapia ocupacional com os usuários em unidades psiquiátricas em no hospital geral;
- Identificar e compreender estratégias e as práticas multiprofissionais desenvolvidas pela equipe nas em unidades psiquiátricas no hospital geral;
- Conhecer e analisar os desafios para as práticas do terapeuta ocupacional nas unidades psiquiátricas em unidades psiquiátricas no hospital geral;
- Desenvolver produto educacional que apoie as práticas do terapeuta ocupacional em unidades psiquiátricas no hospital geral na perspectiva da reabilitação psicossocial.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Tipos de Pesquisa**

A presente pesquisa teve abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se preocupa com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes e investiga processos e fenômenos que não podem ser reduzidos a variáveis (38).

A pesquisa se caracterizou por exploratória, em que se busca conhecer com maior profundidade um determinado fenômeno, com o intuito de torná-lo mais claro, com o aprofundamento de conceitos preliminares.

#### **3.2 Critérios de inclusão e exclusão para participação da pesquisa**

Como critérios de inclusão para participação da pesquisa foram considerados: titulação de terapeuta ocupacional; atuar no campo da saúde mental no HG; ter ao menos um ano de experiência profissional na área; e concordar em participar da pesquisa. Os critérios adotados para a exclusão da pesquisa foram: os terapeutas ocupacionais que não atuam no campo da saúde mental no HG; menos de um ano de experiência profissional; e aqueles que não concordaram em participar.

#### **3.3 Participantes da pesquisa**

A pesquisa foi realizada com terapeutas ocupacionais que atuam em unidades psiquiátricas nos HGs do Estado de São Paulo, sob financiamento do SUS. O Estado de São Paulo é composto por 645 municípios. A partir dos dados levantados em 2019, no site do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Estado de São Paulo tinha cadastrados 89 HG habilitados com leitos psiquiátricos. A quantidade de leitos de psiquiatria ou de saúde mental variava de 1 a 30 leitos (Anexo A).

Em seguida foi realizado o levantamento dos HG habilitados, e, através do CNES de cada hospital, verificado se havia terapeutas ocupacionais cadastrados como profissional membro da equipe. Dos 89 hospitais habilitados, 54 hospitais tinham terapeutas ocupacionais na equipe. No entanto, o cadastro não especificava

qual a área de atuação destes trabalhadores. A lista de Hospitais que possuem terapeuta ocupacional na equipe está em (anexo B).

### **3.4 Procedimentos para coleta de dados**

A partir da lista de terapeutas ocupacionais que trabalham em HG efetivou-se contato por e-mail e/ou por rede social (Facebook) com os profissionais. Foi realizado o convite para participação da pesquisa e enviado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) aos terapeutas ocupacionais identificados. No total foram contatados 105 profissionais, entre março e outubro de 2019, os quais receberam o questionário online. Dos 105 profissionais contatados, 58 profissionais responderam que não trabalham em unidades psiquiátricas, 24 profissionais não retornaram e 23 profissionais participaram da pesquisa.

### **3.5 Instrumentos para coleta de dados**

Para a coleta de dados foi utilizado questionário desenvolvido pelas pesquisadoras (Apêndice B). O questionário tem questões abertas e de múltipla escolha e foi dividido em três seções, a saber: 1) Caracterização dos participantes; 2) Caracterização da instituição e da população atendida; 3) Atuação dos terapeutas ocupacionais em unidades psiquiátricas nos hospitais gerais.

Para facilitar a coleta de dados, foi utilizada como recurso a ferramenta do Google Forms. Foi adotada esta estratégia para facilitar o contato com um maior número de profissionais.

O tempo estimado para responder o questionário foi de 20 minutos. No que se refere ao uso de questionário como estratégia para coleta de dados, um questionário pressupõe hipóteses cujo ponto de partida são as referências do pesquisador, a elaboração deste instrumento tem intuito de captar aspectos gerais considerados relevantes de um problema de investigação, visando iluminar a compreensão do objeto e estabelecer relações e generalizações (38).

### **3.6 Procedimentos de análise de dados**

Na pesquisa foi utilizada a análise descritiva simples e análise de conteúdo. Na análise descritiva utilizou-se de frequências e cálculos de percentuais para organizar as respostas das questões fechadas.

A análise de conteúdo, modalidade temática, para tratamento das respostas as questões abertas. A análise de conteúdo temática permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. A análise de conteúdo consiste em diversas etapas, organizadas em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (38).

A análise de conteúdo aprofunda-se na interpretação das falas, depoimentos e documentos, relacionando com as características e significados das variáveis psicossociais e contexto cultural (39).

### **3.7 Procedimentos éticos**

A presente pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo CAAE: 04887218.8.0000.0065 (Anexo C).

A pesquisa teve início após aprovação do referido comitê, respeitando-se a Resolução nº 466/12 de 12 de junho de 2012 e aceite de participação por parte dos profissionais, após o esclarecimento sobre a pesquisa e assinatura do TCLE (Apêndice A).

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Dada a complexidade que envolve os cuidados dos usuários com sofrimento mental nas unidades psiquiátricas no HG e os poucos estudos existentes no campo da terapia ocupacional, conheceras práticas profissionais desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais nos diferentes hospitais do Estado de São Paulo poderá contribuir para maior compreensão e visibilidade dessa área de conhecimento.

Para a realização da pesquisa foram contatados 105 profissionais que trabalham em HG no Estado de São Paulo. Dos profissionais contatados, 58 profissionais responderam que trabalhavam em outros campos, que não respondiam a pesquisa, como pediatria, neurologia, UTI, entre outros. Concordaram em participar da pesquisa e responderam aos questionários 23 profissionais que correspondiam aos critérios da pesquisa. Não houve retorno de resposta por parte de 24 profissionais.

### **4.1 Dados sociodemográficos e de formação das terapeutas ocupacionais**

No que se refere à localização geográfica do local de trabalho, das 23 participantes, 20 (86.95%) trabalham em hospitais gerais localizados na Grande São Paulo, e 3 (13.04%) participantes em hospitais no interior do estado. As cidades não foram identificadas para garantir a privacidade das participantes e, por isso, optou-se por identificá-las por sua macrorregião.

Quanto à idade, as participantes da pesquisa tinham entre 28 e 65 anos, todas do sexo feminino. O fato de todas as participantes serem mulheres nos mostra o quanto a força do trabalho na área da saúde e, também na terapia ocupacional, tem predomínio de profissionais do sexo feminino.

O setor de saúde em todo o mundo tem grande participação feminina. Há algumas décadas essa participação vem sendo estudada, o que evidencia sua importância não só para se compreender a expansão da participação feminina no mundo do trabalho, como também, para melhor entender as especificidades do setor de saúde, responsável por um contingente expressivo de postos de trabalho ocupados por mulheres (40).

Os mesmos autores afirmam que no setor de saúde a participação feminina chega a quase 70% do total. Ao analisar os dados censitários do Brasil relativo à força de trabalho em saúde, observou-se um fenômeno da feminização, no qual o contingente feminino tem-se tornado francamente majoritário no ramo da saúde. Desta forma, optamos por representar as participantes da pesquisa sempre no feminino (40).

A ação do cuidar está tipicamente associada às mulheres. O início formal da terapia ocupacional nos EUA foi marcado pela presença e visibilidade de mulheres, quando em 1911 a assistente social Eleanor Clarke Slagle concluiu o curso sobre “ocupação e recreação”. Oferecido pela primeira vez em 1908, o curso foi voltado para as ocupações recreativas e curativas na área da saúde. A mulher foi considerada adequada para fornecer esses cuidados, já que possuía competências prévias para tal função (41). Fornereto et al. (42) e Vogel et al. (43) referem que a habilidade para cuidar e para os cuidados no ambiente domiciliar, características consideradas femininas, constituíram fatores para aproximação do gênero feminino com a profissão de terapeuta ocupacional.

Um estudo sobre a terapia ocupacional e a sua relação com o feminino menciona que a criação da profissão coincide historicamente com a entrada das mulheres no mercado de trabalho. A segregação de gênero influenciou o desenvolvimento de diversas profissões direcionadas às mulheres, como a terapia ocupacional, uma vez que requeriam a concretização de ações e papéis esperados pela mulher na sociedade. Os estereótipos associados à figura feminina, como a habilidade para “o cuidar” e para realizar tarefas que envolvessem movimentos finos associados às características de bondade infinita e paciência, constituíram qualidades exigidas para as primeiras terapeutas ocupacionais e influenciaram a questão do gênero feminino na terapia ocupacional. Dada a participação feminina na profissão, o estudo mencionado ressalta a importância de incluir na grade curricular a história da terapia ocupacional, envolvendo a questão da participação das mulheres nessa construção e relacionando-a com os específicos contextos social, histórico e cultural (44).

No que se refere à instituição de ensino superior formadora, das 23 participantes, 10 (43,47%) realizaram a formação na Universidade São Camilo, 5 (21,73%) na Universidade de São Paulo (USP), 3 (13,04%) na Pontifícia



Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), 2 (8,69%) na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), 1 (4,34%) na Universidade de Sorocaba, 1 (4,34%) no Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, e 1 (4,34%) Centro Universitário Clarentiano. A grande maioria das profissionais, representada por 15 respondentes (65,21%) se formou em instituições da capital do Estado. O tempo de formação variou entre 4 e 37 anos, e a maioria, 13 profissionais (47,82%), possuem 11 anos ou mais de experiência profissional. Já o tempo de trabalho em unidades psiquiátricas em HG variou entre 1 ano e 6 meses a 14 anos. Das 23 participantes, 22 (95,65%) afirmaram que tiveram outras experiências profissionais, a maioria em HP, Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial, conforme

*Tabela 1 - Dados sociodemográficos e de formação das terapeutas ocupacionais participantes do estudo que atuam em saúde mental no hospital geral, São Paulo 2019*

<b>Gênero</b>		
	N (participantes)	%
Feminino	23	100%
<b>Idade</b>		
28 a 41 anos	20	86.95%
acima de 60 anos	3	13.1%
<b>Instituição de ensino superior</b>		
Universidade São Camilo	10	43.47%
USP	5	21,73%
PUCCAMP	3	13.04%
UFTM	2	8.69%
UNISO	1	4.34%
Universidade Salesiano	1	4.34%
Universidade de Sorocaba	1	4.34%
<b>Tempo de formação</b>		
4 a 10 anos	10	43,47%

11 a 20 anos	11	47,82%
Acima de 20 anos	2	8,69%
<b>Experiências profissionais anteriores</b>		
HP/ UBS	7	30.43%
CAPS	5	21.73%
Apae Serviços de Reabilitação	3	13.04%
Hospital Ambulatório de Saúde Mental Hospital Dia	2	8.96%
Cecco SRT UA Consultório Comunidade Terapêutica	1	4.34%

Fonte: a autora.

As profissionais participantes da pesquisa em sua totalidade realizaram formação complementar. Das 23 participantes, 20 tinham formação em saúde mental e áreas correlatas, tais como: saúde pública, psicopatologia e neuropsicopedagogia. A maioria das participantes declara ter formação e experiência profissional na área de saúde mental, o que demonstra qualificação e formação das participantes da pesquisa para o trabalho desenvolvido nas unidades psiquiátricas no HG com pessoas com sofrimento mental.

Quanto aos referenciais teóricos que norteiam a prática das profissionais participantes da pesquisa, foram citadas diversas abordagens e autores. Foram citadas a RP, reabilitação psicossocial e “teorias grupais”. Referenciais de outras áreas também foram mencionados como: filosofia da diferença, do campo da psicologia e psicanálise: abordagem psicodinâmica e teóricos como Winnicott, Freud e Jung.

No que se refere aos referenciais concebidos pela terapia ocupacional encontram-se o método terapia ocupacional dinâmica (MTOD), de Jô Benetton, modelo da ocupação humana (MOH), de Gary Kielhofner e o método de psicoterapia ocupacional, também conhecido como método crítico-laborativo das relações humanas, de Rui Chamone Jorge.

Compreender a terapia ocupacional implica em explorar, conhecer e debater acerca das tendências que têm sido produzidas no saber e fazer profissional. Trata-se de reconhecer que as perspectivas, referências e abordagens utilizadas expressam os modos de entendimento das ações da terapia ocupacional. Especificamente na área de terapia ocupacional no Brasil, no início da década de 1970, Jô Benetton em São Paulo e Rui Chamone Jorge em Minas Gerais iniciaram ciclos de estudos em psicodinâmica, cujas discussões dariam origem aos métodos de terapia ocupacional que eles desenvolveriam mais tarde no Brasil.

O MTOD de forma frequente tem norteado as práticas de terapia ocupacional em saúde mental e se mostrou como um referencial importante no contexto das unidades psiquiátricas no HG. O MTOD caracteriza-se por fundamentar a relação triádica que se estabelece entre seus três elementos fundamentais: paciente – terapeuta – atividade (59).

Os referenciais específicos da terapia ocupacional, da saúde mental e áreas afins, mencionadas pelas terapeutas ocupacionais, são diversificados, embasam o cuidado dos usuários no HG e contribuem para a qualificação da atenção.

Em estudo realizado sobre os recursos humanos nos serviços de saúde mental, coordenadores de CAPS destacaram a importância do conhecimento teórico dos profissionais sobre o campo da saúde mental. Dentre os conhecimentos teóricos mencionados, destaca-se o conhecimento acerca da RP, da PNSM, tecnologias de cuidado e psicopatologia (45). Verifica-se que, pela formação complementar das participantes (tabela 5) da pesquisa, estes conteúdos teóricos foram mencionados pelas profissionais, o que reforça a capacitação das terapeutas ocupacionais para atuar neste contexto.

A afinidade com a área é considerada pelo referido estudo como fundamental para atuação em saúde mental. O perfil profissional para atuação em serviços de saúde mental, apontado pela maioria dos coordenadores, se relaciona ao uso de ferramentas relacionais e desenvolvimento de habilidades e atitudes terapêuticas, voltados aos atos de escuta, acolhimento, disponibilidade e compromisso para com o outro (45). Também afirmam que a formação profissional, especialmente em nível de graduação, deveria enaltecer o trabalho em equipe, compreendendo a importância da integralidade do cuidado em saúde mental. No entanto, segundo a

autora, a formação ainda vem ocorrendo de maneira isolada, sem preparar os profissionais para o trabalho interdisciplinar e intersetorial (45).

*Tabela 2 - Formação das terapeutas que atuam em saúde mental no hospital geral, São Paulo, 2019*

<b>Participantes</b>	<b>Tipo de Formação</b>	<b>Área</b>
20	Especialização/ Aprimoramento/ Residência Multiprofissional	Saúde Mental, Saúde Pública, Saúde Mental e Dependência Química, Psicopatologia e Neuropsicopedagogia
3	Especialização/ Aprimoramento	Reabilitação Física, Terapia de Mão e de Membro Superior, Contextos Hospitalares

Fonte: a autora.

#### **4.2 Caracterização do local de trabalho das terapeutas ocupacionais**

Nos locais de trabalho das participantes da pesquisa, a quantidade de leitos de psiquiatria/saúde mental em HG variou entre 6 e 30 leitos, segundo informação das participantes da pesquisa. Na Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, o número de leitos de atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas não deverá exceder o percentual de 20% (vinte por cento) do número total de leitos do HG e cada unidade de enfermaria não poderá ultrapassar o máximo de 30 leitos. Assim, o número máximo de leitos existentes nos serviços das participantes está de acordo com o que é preconizado pelo MS.

Em relação ao tempo de internação dos usuários no HG, das 23 participantes, 15 afirmaram que os usuários permanecem internados entre 15 e 30 dias, e 7 participantes responderam entre 07 e 14 dias e 4 participantes de 31 a 60 dias. Verifica-se que a maioria dos serviços possui tempo de internação recomendado pelo MS em unidades psiquiátricas no HG, conforme Tabela 1.

*Tabela 3 - Número de leitos de saúde mental/psiquiatria e tempo de internação dos usuários nas unidades psiquiátricas no hospital geral, São Paulo, 2019*

<b>Leitos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
6 a 15 leitos	9	39.13%
16 a 30 leitos	14	60.86%
<b>Tempo de Internação</b>		
4 a 7 dias	1	4.34%
7 a 14 dias	7	30.43%
15 a 30 dias	15	65.21%
31 a 60 dias	4	17.39%

Fonte: a autora.

Quanto à composição das equipes profissionais dos HG, todas participantes (100%) responderam que possuem auxiliar/técnico de enfermagem, psiquiatra e terapeuta ocupacional na equipe; 22 (95,65%) participantes relataram além dos profissionais acima citados, a presença de enfermeiro; e 20 (86,95%) declararam que assistente social e psicólogo somam-se aos profissionais assinalados, conforme Tabela 4.

Segundo a Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017, para o cuidado em enfermaria de 8 a 10 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima deve ser composta de: 2 técnicos/ auxiliares de enfermagem por turno; 2 profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga horária mínima de 40h por semana; 1 médico psiquiatra com carga horária mínima de 10h por semana. Para o cuidado em enfermaria de 11 a 20 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima deve ter: 4 técnicos/auxiliares de enfermagem por turno diurno e 3 técnicos/auxiliares de enfermagem por turno noturno; 1 enfermeiro por turno; 2 profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga horária mínima de 60h por semana; 1 médico psiquiatra, contabilizando carga horária mínima total de serviços de 20h por semana.

Para o cuidado de 21 a 30 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima prevista na referida portaria deve ser de: 5 técnicos/auxiliares de enfermagem por turno diurno e 4 técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno noturno; 1

enfermeiro por turno; 2 profissionais de saúde mental de nível superior, totalizando carga horária de 90h por semana; 1 médico clínico responsável pelas interconsultas; 1 ou 2 médicos psiquiatras, contabilizando carga horária total de serviços de 30h por semana. Pode-se observar, de acordo com as respostas das participantes, que os profissionais que compõem as equipes dos serviços contemplam o número mínimo preconizado pela portaria.

Quanto às ações conjuntas da equipe com os demais serviços da rede de saúde, 20 (86,95%) das participantes afirmaram haver ações conjuntas com outros serviços. Das 20 participantes, 17 (73,91%) afirmaram que a equipe realiza ações conjuntas com CAPS, 15 (65,21%) com UBS, 11 (47,82%) com Ambulatório de saúde mental, 9 (39,13) com NASF, ESF e Serviço Residencial Terapêutico, 7 (30,43%) com HP e 6 (26,08%) com Centro de Convivência e Unidade de Acolhimento, como indicado na Tabela 4.

Assim, a maioria das terapeutas ocupacionais afirma que nos hospitais em que trabalham são desenvolvidas ações conjuntas com os demais serviços da rede de atenção à saúde (RAS), o que indica que a atenção nesses HGs busca promover ações e serviços de saúde com a finalidade de oferecer na medida do possível uma atenção continuada e integral. Além disso, seu papel é oferecer o acesso à população, bem como equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica, rompendo o conceito de centralidade dos cuidados e possibilitando melhores resultados nos atendimentos. Sendo assim, conforme proposto pela RAS, a articulação com a rede de serviços é incorporada na maioria dos serviços, para atender às diferentes demandas de saúde das pessoas com sofrimento mental (46). A RAPS propõe a organização dos serviços de saúde mental de forma integrada, articulada e efetiva, por meio da ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde (18).

A implantação e o funcionamento de uma rede articulada de serviços que atenda às necessidades da pessoa com sofrimento mental, principalmente em situações de crise, dependem da capacidade dos profissionais e dos serviços dessa rede em aprimorar a qualidade técnica, a equidade e a continuidade da atenção em relação às pessoas com sofrimento mental grave e persistente (47).

No que se refere às ações intersetoriais, a pesquisa identificou que ocorrem com menor frequência se comparado às ações setoriais no campo da saúde. No entanto, é de suma importância que estas ações sejam ampliadas e efetivadas, a fim

de produzir efeitos diretos na atenção aos usuários e possibilitar melhorias nas condições de vida e saúde desta população.

Sendo assim, em relação às ações intersetoriais, 13 participantes (56,5%) afirmaram que existem ações com outros setores/secretarias, 11 (47,82%) participantes afirmam desenvolver ações com a Secretaria de Assistência Social, 4 (17,39%) com a Secretaria de Educação e de Segurança Pública e 3 (13,04%) com a Secretaria de Cultura, conforme Tabela 4.

*Tabela 4 - Profissionais que compõem as equipes de saúde mental, ações setoriais e intersetoriais nas unidades psiquiátricas no hospital geral, São Paulo, 2019*

	<b>N (Hospitais)</b>	<b>100%</b>
Terapeuta Ocupacional	23	100%
Psiquiatra	23	100%
Auxiliar/Técnico Enfermagem	22	95.65%
Assistente Social	20	86.95%
Psicólogo	20	86.95%
Prof. Educação Física	1	4.34%
Fisioterapeuta	1	4.34%
Fonoaudiólogo	1	4.34%
<b>Ações conjuntas com outros serviços da rede</b>		
	N (participantes)	%
CAPS	17	73.91%
UBS	15	65.21%
Ambulatório	11	47.82%
SRT, NASF, ESF	9	39.13%
Hospital Psiquiátrico	7	30.43%
UA	6	26.08%
Centro de Convivência	6	26.08%
<b>Ações intersetoriais</b>		
	N (participantes)	%
Secretaria de Assistência Social	13	56.52%
Secretaria de Educação	4	17.39%
Secretaria de Segurança Pública	4	17.39%
Secretaria de Cultura	3	13.04%

Fonte: a autora.

Os sistemas de atenção à saúde que funcionam de forma fragmentada se organizam como pontos isolados, incomunicáveis, voltam-se às condições agudas, são organizados em estruturas hierárquicas (atenção primária, média e alta complexidade) e são incapazes de prestar uma atenção contínua e integral à população. Por sua vez, os sistemas integrados tendem a atuar sobre as condições agudas e crônicas (48).

No Brasil, iniciativas como o apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), a instituição das RAS e RAPS têm por objetivo descentralizar o cuidado e promover a articulação em rede, por meio de ações intersetoriais, com vistas à integralidade do cuidado (46).

A intersetorialidade é definida como

a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas (49).

Para ser uma prática efetiva, essa articulação pressupõe muito mais que agregação de setores. Ela se pauta na integralidade como estratégia de intervenção para a superação das problemáticas encontradas(49).

A intersetorialidade na saúde mental tem sido discutida e fortalecida, principalmente a partir do ano de 2010, quando ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. Pela primeira vez, os parceiros intersetoriais (da Assistência Social, Cultura, Segurança Pública, Justiça, Economia, entre outros) foram convocados oficialmente para o debate (49).

A intersetorialidade, por meio da articulação de saberes teóricos e práticos, deve atuar no cotidiano dos serviços como um dispositivo para propiciar encontros, escuta e alteridade, bem como ajudar a explicitar interesses divergentes, tensões e buscar convergências possíveis. Ao mesmo tempo, espera-se que se possa evitar duplicidade de ações e buscar integrações para projetos prioritários, articular recursos, ideias e talentos (49).

No cotidiano, as ações intersetoriais são fundamentais. Exemplos disso são as ações com a Secretaria da Assistência Social, dada a necessidade de auxílio aos usuários atendidos, pela situação de extrema vulnerabilidade que muitas vezes eles



se encontram, seja pela falta de moradia, situações de violência, falta de suporte familiar, social e de condições mínimas para sobrevivência. Além disso, muitas vezes é necessário acionar a Secretaria de Segurança para fazer a identificação dos usuários quando estes chegam sem documentos e quando não é encontrada a família e mesmo quando há melhora do quadro clínico, esses usuários continuam não conseguindo fornecer informações suficientes para que seja possível identificá-los. Outras ações desenvolvidas a partir do hospital se referem a tirar documentos, agendamentos de perícia para benefícios sociais, entre outros.

Embora nesta pesquisa a maioria das participantes relatem que as ações setoriais e intersetoriais são desenvolvidas na atenção no HG, conforme preconizado pela RP, estas ações ainda são incipientes. Isso porque as fragilidades da rede, entre outros fatores, podem desencadear internações e, muitas vezes, na desassistência desses usuários.

### **4.3 Caracterização dos usuários acompanhados nas unidades psiquiátricas no hospital geral e rede de suporte**

Referente às características dos usuários atendidos com sofrimento mental nas unidades psiquiátricas no HG, das 23 participantes, 22 (95,65%) atendem usuários de ambos os sexos e apenas 1 atua em HG somente com pessoas do sexo masculino. Em relação à idade dos usuários atendidos, as faixas etárias mais mencionadas pelas participantes foram: 30 a 39 anos, 18 a 29 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos, de acordo com a Tabela 5.

Quanto a situação profissional dos usuários, 19 (82,60%) participantes responderam que os usuários geralmente estão afastados ou inativos, 8 (34,88%) que os usuários têm trabalho informal, 6 (26,08%) que os usuários são aposentados.

Pelas respostas, identifica-se que esta população está em sua grande parte excluída do mundo do trabalho, mostrando a dificuldade que os usuários enfrentam para inserção no mercado de trabalho, e que muitos, mesmo com diagnóstico psiquiátrico e sem condições para se manter, não conseguem auxílios, benefícios ou aposentaria para auxiliar na sua sobrevivência. Quando estes usuários possuem família, o papel de cuidar e manter financeiramente seu ente, gera uma enorme

sobrecarga. No entanto, estes usuários muitas vezes não têm família para dar suporte, o que os colocam em situações de risco e de alta vulnerabilidade.

Na identificação das hipóteses de diagnósticos de saúde mental dos usuários atendidos, utilizou-se como parâmetro a Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Os diagnósticos mais frequentes obtidos na pesquisa se referem a: transtorno de humor [afetivos] (F30-F39); transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (F10-F19); esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-F29) e transtornos da personalidade e do comportamento adulto (F60-F69), indicados na Tabela 5.

*Tabela 5 - Usuários atendidos nas unidades psiquiátrica no hospital geral, São Paulo, 2019*

	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino e Masculino	22	95.65%
Somente Masculino	1	4.34%
<b>Idade</b>		
>18 anos	10	43.47%
18 a 29 anos	17	73.91%
30 a 39 anos	19	82.60%
40 a 49 anos	14	60.86%
50 a 59 anos	13	56.51%
<60 anos	10	43.47%
<b>Situação profissional</b>		
Afastado/ Inativo	19	82.60%
Trabalho Informal	8	34.78%
Aposentados	6	26.08%
Ativo	3	13.04%
Autônomo	2	8.69%
<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>		
F30-39	22	95.65%
F10-19	20	86.95%

F20-29	18	78.26%
F60-69	15	65.21%
F70-79	7	30.43%

Fonte: a autora.

Em estudo realizado em 2011 sobre o perfil sociodemográfico e clínico em uma unidade psiquiátrica de um HG, participaram 240 usuários internados. A idade dos 240 participantes variou de 18 a 80 anos, com o grupo etário predominante entre 30 e 49 anos (50). No que se refere ao predomínio da faixa etária dos usuários internados, tanto no estudo quanto nesta pesquisa mostraram resultados semelhantes. No estudo mencionado, sobre a situação profissional dos participantes, 41,7% dos apresentavam-se ativos, seguido de 37,9% inativos (50). Por outro lado, observamos nesta pesquisa a maior incidência foi de pessoas afastadas ou inativas (82.60%), seguidos de aposentados (34.78%) e trabalho informal (26.08%), conforme Tabela 5.

Além disso, o estudo mencionado demonstrou que a maioria dos usuários apresentava diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (F10-19), seguido de transtorno de humor (F30-F39) e de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes (F20-29). Nesta pesquisa, os diagnósticos são os mesmos, variando quanto ao número, sendo os mais mencionados na seguinte ordem (F30-39), seguidos de (F10-19) e (F20-29). Já em relação ao tempo de internação, no estudo mencionado, a maior parte das internações foi de 15 a 30 dias(50), resultado igual ao desta pesquisa (tabela 4.4).

Em outro estudo sobre perfil de internações psiquiátricas femininas em um HG realizado entre 2018 e 2019(51), foram consultados 418 prontuários que evidenciaram que as idades englobaram mulheres de 12 a 77 anos. Os principais diagnósticos encontrados foram: transtornos de humor (70.6%), seguidos por transtorno por uso de substâncias e esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes. Sobre o tempo de internação, obteve-se uma média de 28,5 dias(51). Nossa pesquisa, por sua vez, também teve resultados semelhantes em relação aos diagnósticos mencionados e em relação ao tempo de internação.

A partir desta pesquisa e dos estudos citados, observa-se que os diagnósticos dos usuários internados apresentam transtornos de humor, transtornos psicóticos e

transtornos relacionado a uso de álcool e outras drogas. Os fatores médicos para internação de uma pessoa em situação de crise são as alterações do estado mental, as quais resultam em risco de morte para a pessoa ou para terceiros. Nos transtornos de humor, o risco ocorre em usuários com transtorno afetivo bipolar, principalmente nos quadros de mania, em que a pessoa muitas vezes se coloca em situações de extremo risco. Nos quadros de depressão, alguns usuários podem tentar suicídio. Nos quadros psicóticos, a pessoa apresenta alteração do entendimento da realidade, quadros de alucinação e delírio fazendo com que também se coloque em situações de risco. O mesmo risco pode-se dizer sobre usuários que estão em uso abusivo de álcool e outras drogas.

No que diz respeito à rede de suporte social e familiar dos usuários durante a internação, a presente pesquisa identificou que a maioria dos participantes respondeu que “algumas vezes” os usuários apresentam rede de suporte. Sobre as ações desenvolvidas pela terapia ocupacional voltadas aos familiares, 21 (91,30%) das 23 participantes afirmam que são realizadas ações com a família dos usuários. Dentre as ações com os familiares, 21 (91,30%) participantes afirmam ter atendimento multiprofissional, 7 (30,43%) participantes afirmam desenvolver grupos educativos e 7 (30,43%) participantes relatam a presença de grupos terapêuticos (Tabela 6).

Em relação às dificuldades mencionadas referentes à sobrecarga das famílias, 20 (86,95%) participantes citaram como dificuldade a sobrecarga do cuidado, 19 (82,60%) citaram a sobrecarga emocional e 14 (60,86%) citaram a sobrecarga financeira(Tabela 6).

*Tabela 6 - Redes de suporte social e familiar dos usuários, atenção oferecida e dificuldades da família dos usuários atendidos nas unidades psiquiátricas no hospital geral, São Paulo 2019*

	N	%
<b>Redes de suporte social/familiar</b>		
Sempre	2	8.6%
A maioria das vezes	3	13.04%
Algumas vezes	15	65.21%

Raramente	3	13.04%
<b>Modalidades de atendimento familiar</b>		
Atendimento Multiprofissional	21	91.30%
Grupos Terapêuticos	7	30.43%
Grupos Educativos	7	30.43%
<b>Dificuldades familiares</b>		
Sobrecarga do Cuidado	20	20
Sobrecarga Emocional	19	19
Sobrecarga Financeira	14	14
Sobrecarga Física	4	4

Fonte: a autora.

As redes de apoio social costumam ser mobilizadas por pessoas com necessidades de saúde para contribuir com o enfrentamento dos problemas vivenciados. São definidas como a soma das relações que as pessoas percebem como significativas, nas quais podem estar incluídas família, amigos, colegas de trabalho, companheiro de escola e pessoas da comunidade. As redes sociais apóiam o tratamento e auxiliam na reconstrução de um cotidiano, muitas vezes perdido pelo sofrimento mental (52).

Um estudo realizado sobre as redes sociais de usuários de serviço de saúde mental (53) refere que as pessoas com sofrimento mental apresentam a rede social reduzida em quantidade de laços e qualidade das relações, se comparado às de pessoas sem transtornos dessa natureza. Essa redução pode ser visualizada em todas as dimensões da rede, o que aponta para um empobrecimento generalizado de relações, trocas afetivas e materiais (53).

As redes sociais de pessoas com sofrimento mental geralmente estão restritas a familiares e alguns profissionais de saúde. A ausência de relações significativas e o enfraquecimento da rede de trocas contribuem para a formação de redes sociais empobrecidas e configura-se em fatores de risco para essa população. Estudos mostram que pessoas com sofrimento mental que dispõem de uma rede

ampla apresentam maior probabilidade de êxitos positivos no tratamento e na sua inserção na comunidade (54).

Assim, é reconhecido que a ampliação da rede social é imprescindível para estas pessoas e considerada estratégica no contexto da RP. Historicamente, a família muitas vezes foi excluída do tratamento dispensado às pessoas com sofrimento mental, pois os HP eram construídos distante das metrópoles, o que dificultava o acesso dos familiares as instituições. Deste modo, as famílias encaminhavam seu familiar à instituição psiquiátrica para que os técnicos do saber se incumbissem do tratamento e da cura (54).

As mudanças que vêm se processando no campo da saúde mental indicam uma perspectiva diferente em relação ao papel da família, que vem sendo convocada a atuar como corresponsável pelo cuidado e reinserção social de seus membros (55). A família deve ser considerada como ator social indispensável para a efetividade da assistência psiquiátrica e deve ser entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes. Nesse sentido, a transformação no campo da saúde mental tem exigido a inclusão da família no plano de cuidados para contribuir com a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento às pessoas com sofrimento mental e a redução do tempo de internação em instituição psiquiátrica (54).

O cuidado da pessoa com sofrimento mental representa um desafio para as famílias e envolve sentimentos intrínsecos à vivência de imprevistos e seus próprios preconceitos em relação à doença. Isso implica em perceber o ser humano como ser de possibilidades, capacidades e potencialidades, independentemente das possíveis limitações ocasionadas pelo sofrimento mental (54). A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. Com o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação a uma nova situação pode produzir sobrecargas nas famílias (56).

Em estudo realizado sobre a temática da sobrecarga da família de quem convive com pessoas com sofrimento mental, identificou-se o desgaste para a família na convivência com a pessoa com sofrimento mental bem como a sobrecarga financeira. Pois, além da preocupação em suprir as necessidades da casa e do tratamento, os demais integrantes da família sofrem privações, em decorrência do orçamento rígido e controlado (56). Quanto à sobrecarga do cuidado, evidenciou-se

neste estudo a necessidade das famílias em receber orientações e contar com um suporte social organizado e preparado. Além de apoio para que consigam articular recursos internos, para o enfrentamento das situações referentes ao comportamento inadequado, às vezes apresentado por seu familiar (56).

Em relação à sobrecarga física e emocional dos familiares, foi identificado o aparecimento de doenças relacionadas ao sistema nervoso como gastrite e problemas gastrintestinais, mostrando como os problemas de ordem emocional repercutem sobre a saúde física dos familiares. Emocionalmente, pessoas que convivem com a realidade do sofrimento mental encontram-se esgotadas, seja pela privação do sono ou pelo fato de não suportarem mais as implicações que essa convivência pode gerar (56).

Em outro estudo sobre a sobrecarga em acompanhantes de pessoas com sofrimento mental internados em HG, identificaram-se dificuldades vivenciadas pela família no convívio com o familiar com sofrimento mental e as alterações na rotina durante período de crise ou internação, repercussões na saúde física e emocional dos familiares provenientes do convívio com familiar e os anseios diante do familiar com sofrimento mental (57). Desse modo, o período de internação repercute na rotina familiar, fazendo com que os cuidadores abneguem de suas responsabilidades pessoais para acompanhar e cuidar do familiar com sofrimento mental. No entanto, não é somente nos períodos de hospitalização que os familiares vivenciam reflexos do adoecimento psíquico, mas também no cotidiano do cuidador da pessoa com sofrimento mental existem alterações nas atividades da vida diária (57).

Em relação às repercussões na saúde emocional provenientes do convívio com familiar com a pessoa com sofrimento mental, os mesmos autores identificaram que as intercorrências emocionais expressas pelos participantes foram sentimentos de tensão, preocupação e tristeza. Os prejuízos na saúde física também foram pontuados advindos do cansaço e pouco tempo para autocuidado. Na perspectiva diante do cuidar de uma pessoa adoecida, as perturbações comportamentais de um ente com sofrimento mental ocasionam muitos impactos na vida do familiar cuidador e o desejo de mudar a situação de adoecimento revela as dificuldades e encargos em conviver com as transformações provenientes da doença. Os anseios inerentes

à posição de cuidador incluem sentimento de culpa, autocobrança e desejo de compartilhamento de responsabilidades (57).

Entender os determinantes da sobrecarga do familiar é fundamental aos profissionais de saúde para uma busca mais assertiva de formas adequadas de atenção e atendimento aos familiares. Em estudo que aponta sobre os recursos adaptativos das famílias de pessoas com sofrimento mental(58), evidenciou-se que os membros da família se beneficiam de orientações dadas sobre a doença e seu tratamento, e que o aconselhamento familiar proporciona apoio. Reuniões com o usuário e com a família também podem ser uma boa fonte de orientação, e são úteis para o aperfeiçoamento das habilidades de comunicação e para o aprendizado de estratégias úteis para enfrentar a doença. Isso melhoraria a forma como a família enfrenta a doença, podendo reduzir a sobrecarga sobre a família e reduzir os sintomas e as incapacidades das pessoas com sofrimento mental (58).

Quanto às necessidades específicas manifestadas pelas famílias, esse mesmo estudo destaca: a necessidade de aprender a relacionar-se com o seu ente; de compreender a doença mental, suas manifestações e formas de controle; de expor seus problemas e dificuldades, serem ouvidas, compreendidas, aceitas e respeitadas. Para tanto, os profissionais precisam entender as necessidades da família, envolver a família na assistência, compartilhar com ela os objetivos e metas, e estabelecer um diálogo efetivo (58).

Os estudos indicam o quanto as famílias e a convivência familiar são afetadas quando um ente apresenta sofrimento mental, principalmente nos momentos de crise. Isso assinala a importância dos profissionais e das equipes realizarem ações voltadas às famílias, o que auxilia no cuidado e os inclui no período de hospitalização.

#### **4.4 Práticas das terapeutas ocupacionais em saúde mental no hospital geral**

No que se refere às estratégias adotadas na atenção nas unidades psiquiátricas no HG, a totalidade das terapeutas ocupacionais afirmaram que todos os usuários são atendidos pela terapia ocupacional. Isso demonstra a importância da presença das terapeutas ocupacionais nestas unidades (Tabela 7).



As pessoas internadas nas unidades psiquiátricas do HG estão nesta condição devido a alterações de seu quadro mental, que comprometem sua vida cotidiana e desta forma, podem ser elegíveis para acompanhamento da terapia ocupacional. Para Benetton (59), o usuário alvo muitas vezes é reconhecido pelo que não faz ou por aquilo que vai ao encontro da doença e não da saúde, e, ainda, é reconhecido por interagir de forma insatisfatória com a família, na escola, no trabalho e, pode-se acrescentar no ambiente hospitalar. O usuário será identificado na medida em que a terapeuta ocupacional começa a investigar a sua vida, os motivos que levaram sua internação, suas relações, seu cotidiano e seus interesses.

Na presente pesquisa, os principais fatores que levaram ao atendimento de terapia ocupacional foram: aspectos relativos ao próprio quadro ou sintoma psiquiátrico do usuário; sua falta de rede de suporte familiar; rompimento de vínculos familiares; a dificuldade de aceitação da doença e de adaptação à internação; situação de vulnerabilidade social do usuário; necessidade de articulação com a rede; e o longo período de internação (Tabela 7).

Em um estudo realizado sobre interconsulta psiquiátrica e os fatores de encaminhamento para a terapia ocupacional em saúde mental (60), foram constatados os seguintes fatores: dificuldades no manejo clínico, dificuldade na relação com equipe de cuidadores, sintomas psiquiátricos, usuário poliqueixoso e solicitante, dificuldade do usuário em lidar com doença ou internação, adaptação e orientação nas atividades de vida diária e instrumental, apatia e desinteresse, auxílio no manejo do caso, ampliação do repertório relacional ou ocupacional, avaliação de terapia ocupacional, afastamento das atividades profissionais, reabilitação especializada, solicitação ou interesse do usuário ou longo período de hospitalização (60).

Algumas demandas dos usuários identificadas no estudo mencionado foram semelhantes ao desta pesquisa, pois envolve o próprio quadro psiquiátrico, dificuldades relacionadas à família e rede de suporte, como também dificuldades durante o período de internação. Como assinalado anteriormente, a família e o suporte social são fundamentais para auxílio e apoio durante o tratamento. No entanto, muitas famílias têm dificuldade no convívio e referem sobrecarga com o cuidado de seu familiar.

Como encontrado nesta pesquisa e nos demais estudos, o usuário pode apresentar sintomas e alterações de comportamento durante a hospitalização, o que dificulta a relação com a equipe de profissionais, como também repercute com as demais pessoas que estão internadas. Nesse sentido, o terapeuta ocupacional auxilia a equipe multiprofissional no manejo do usuário, realiza o acompanhamento diário por meio de estratégias terapêuticas, conforme apresentadas a seguir.

As práticas desenvolvidas pela terapia ocupacional durante a internação nas unidades psiquiátricas no HG, segundo as participantes da pesquisa, envolvem abordagens grupais, atendimento individual, ações de articulação com a rede, oficinas terapêuticas, práticas corporais e visita domiciliar (Tabela 7). Identifica-se que é desenvolvida uma diversidade de práticas com o usuário de saúde mental durante o período de hospitalização, bem como se explora diferentes espaços no contexto hospitalar para essas práticas.

As abordagens grupais em terapia ocupacional podem ser consideradas como aquela em que os participantes se reúnem na presença do terapeuta ocupacional, num mesmo local e horário, com o objetivo de realizar uma atividade. Um dos princípios que norteiam a prática de terapia ocupacional é a compreensão de que o fazer humano tem efeito terapêutico. No contexto grupal, os participantes têm a possibilidade de experimentar outras formas de se relacionar e de vivenciar novas situações relativas ao fazer, possibilitando que a ação ganhe um sentido e um significado (61).

Desta forma, o espaço grupal possibilita o contato e o reconhecimento do próprio fazer, seus limites e facilidades, a observação do fazer do outro, a percepção de semelhanças e contrastes, e a potencialização do fazer junto. O espaço grupal está em constante movimento, sendo este um espaço de vivência e que possibilita transformações (62).

Um grupo de terapia ocupacional deve considerar as subjetividades envolvidas, a história de cada sujeito, seus processos relacionais, seu cotidiano, seu contexto, possíveis rupturas sofridas ao longo da vida, a fim de apoiar a construção de novas perspectivas e projetos de vida. O espaço grupal promove o contato e trabalho com vários universos, cada pessoa envolvida, os vínculos construídos nessa trajetória, aspectos institucionais e questões sociais. Um processo grupal

pode sensibilizar cada usuário em sua singularidade e provocar interessantes transformações em suas relações cotidianas (62).

Os grupos de atividades e as oficinas terapêuticas constituem-se como práticas que potencializam a inclusão social. Portanto, podem se constituir como momentos significativos para o cuidado em saúde mental (63). Além do tratamento clínico, o usuário necessita de seu direito de criar, opinar, escolher, relacionar-se, conquistados através dos grupos de atividades. Os grupos de atividades e oficinas terapêuticas são vistos como instrumento de enriquecimento, de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de acesso cultural. As oficinas procuram caminhar no sentido de permitir os usuários estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade político-social associada à clínica (63).

O MS define que as oficinas no âmbito da atenção no campo da saúde mental podem se configurar como: expressivas (espaços de expressão corporal, verbal, musical e artística), geradoras de renda (aprendizado de atividades que podem ajudar na automanutenção) ou de alfabetização (destinada aos que não foram inseridos no mundo letrado). Enquanto algumas produções científicas discutem as oficinas geradoras de renda, outras exploram as oficinas expressivas, relacionando a arte da criação e da transformação e, portanto, da desconstrução de velhas formas estabelecidas de existência (64). As oficinas terapêuticas são consideradas potenciais para explorar os caminhos de expressão dos processos criativos, na medida em que favorecem acolher as singularidades e sustentar um espaço de novas formas de atuação no mundo, por meio de construção de espaços de discussão e expandindo possibilidades para que os usuários estabeleçam novas conexões e criação de novos territórios (64).

As participantes desta pesquisa também relataram a experiência de práticas corporais em grupo no contexto de atenção hospitalar. Na terapia ocupacional, as práticas de consciência corporal apresentam-se como potente instrumento de transformação do cotidiano da população atendida, à medida que propiciam a apropriação de si e promovem a consciência e a criação de um cotidiano e de uma saúde em constante cuidado e produção. A prática corporal em grupos possibilita uma nova experiência na construção das relações sociais, promove uma articulação

dos corpos, proporciona um lugar de interação nos quais os corpos se organizam e se transformam (65).

Com a experimentação de práticas corporais, o usuário torna-se sensível às ações e ao ambiente, percebe seu corpo, como ele se encontra suas tensões e cansaços, e aprende como reage ao ambiente e aos acontecimentos da vida. A prática corporal desenvolvida no campo da terapia ocupacional é importante para interlocução e observação das relações participante-atividade, participante-grupo e participante-corpo. O contato com o próprio corpo e a vivência de práticas corporais favorece conhecer limites, fragilidades e potencialidades dessa relação (65).

Dentre as práticas profissionais, a visita domiciliar é mencionada pelas participantes como uma modalidade de atendimento de terapia ocupacional oferecida às pessoas com sofrimento mental no hospital, embora seja menos frequente nas práticas hospitalares. As limitações para a sua realização podem ocorrer devido ao escasso número de profissionais, falta de transporte, tempo, sobrecarga de trabalho bem como pela falta de entendimento dos gestores sobre a importância da visita domiciliar no contexto hospitalar. Dado que o funcionamento do ambiente domiciliar pode influenciar o desencadeamento de uma crise e a internação hospitalar, a visita domiciliar se mostra como um importante recurso e necessário na atenção às pessoas com sofrimento mental, tendo em vista o papel da participação da família no tratamento.

A visita domiciliar, entendida como método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento significativo, para estabelecer o movimento das relações. Ou seja, a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento, são estratégias que favorecem que os grupos familiares ou comunidades tenham melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde. A visita domiciliar se estabelece *in loco*, permeando o lugar do cotidiano, do mundo vivido e enfrentado pelas pessoas, de acordo com sua visão de mundo (66).

A atuação profissional no ambiente domiciliar permite ao profissional conhecer a realidade e adentrar a subjetividade das pessoas. A compreensão do espaço domiciliar proporciona um olhar sobre as diferentes dimensões do cuidado familiar, sendo este um cenário que permite tornar evidente as relações sociais que podem fortalecer o potencial de saúde ou mesmo contribuir no processo de adoecimento dos usuários. As visitas domiciliares permitem conhecer as condições

de vida, trabalho, habitação das famílias, suas relações e a disposição dos agravos presentes na comunidade, por isso, podem facilitar o planejamento e o direcionamento das ações no intuito da promoção da saúde. A compreensão da visita fortalece a assistência às famílias e os resultados indicam um cuidado mais humanizado, permitindo a construção de vínculo. Para tanto, é preciso o saber ouvir, para que se possa estabelecer relação de confiança entre profissional e usuário. A visita permite conhecer a realidade, trocar informações dos familiares e assim subsidiar a construção de projeto de intervenção mais próximo das famílias (67).

No hospital, os atendimentos realizados pela terapia ocupacional durante a internação de usuários com sofrimento mental são desenvolvidos em diferentes espaços do HG e no ambiente extra hospitalar. Conforme a experiência de trabalho das participantes, os atendimentos ocorrem em sala de grupo e espaço de convivência, leito, consultório e no ambiente externo ao hospital (Tabela 7). O local de execução das atividades é considerado um *setting* terapêutico, composto desde a sala de terapia ocupacional (caracterizada por um espaço em que convivem diversos materiais e trabalhos, sendo utilizados ou não), até o jardim, corredores, ruas e os lugares coletivos(68). Considerando as potencialidades das atividades, vivências e necessidade das pessoas, é preciso pensar num *setting* flexível, que se movimente, se transforme e possa ganhar novas formas e contornos.

No campo da terapia ocupacional, o *setting* terapêutico se adapta às demandas do campo assistencial, de modo que as propostas de atendimentos possam ser formatadas nos contratos que se flexibilizam de acordo com as prioridades clínicas e/ou sociais do usuário que emergem no processo terapêutico (69). Poderá ser compreendido como a apropriação que o terapeuta ocupacional faz de um lugar existencial, corporal e conceitual, para atender e acolher o outro, em suas diferentes formas vinculares que atravessam os atendimentos (69).

*Tabela 7 - Usuários acompanhados e práticas de terapia ocupacional em saúde mental no hospital geral, São Paulo, 2019*

	N	%
<b>Usuários atendidos pela terapia ocupacional</b>		
Todos os usuários	17	73.91%

A maioria dos usuários	5	21.73%
Alguns usuários	1	4.34%
<b>Motivos para o atendimento de terapia ocupacional</b>		
Quadro/sintomas psiquiátricos	17	73.91%
Dificuldade de aceitação da doença	15	65.21%
Vulnerabilidade Social	14	60.86%
Reinternação	14	60.86%
Falta de Suporte Familiar	14	60.86%
Necessidade de articulação com a rede	13	56.52%
Rompimento de Vínculos Familiares	12	52.17%
Longo período de internação	11	47.82%
<b>Ações desenvolvidas pela terapia ocupacional</b>		
Atendimento em grupo	23	100%
Atendimento individual	21	91.30%
Articulação com a rede	15	65.21%
Oficinas	14	60.86%
Práticas Corporais	7	30.43%
Visita Domiciliar	6	26.08%
<b>Locais de atendimentos da terapia ocupacional</b>		
Sala de grupo/convivência	21	91.30%
Leito	15	65.21%
Consultório	13	56.52%
Outros Locais no Hospital	8	34.78%
Fora do Hospital	4	17.39%
<b>Ações multiprofissionais</b>		
Sim	22	95.65%
Não	1	4.34%

Fonte: a autora.

As ações conjuntas desenvolvidas pela terapia ocupacional com outros profissionais foram mencionadas por 22 (95,65%) participantes, afirmando que existem ações multiprofissionais. Apenas uma participante mencionou não existir ações multiprofissionais em seu hospital, devido ao número escasso de profissionais (Tabela 7).

Considera-se que o trabalho em equipe multiprofissional representa um dos pontos centrais na reorganização da atenção à saúde no SUS, pois sustenta projetos assistenciais mais integrais e resolutivos, que promovem mudanças nos processos de trabalho e nas formas de atuar sobre o processo saúde-doença e exigem uma maior interação entre os profissionais e suas ações (70).

O trabalho em equipe na saúde torna-se importante no atendimento às necessidades e aos problemas de saúde humana, uma vez que as pessoas nem sempre podem ser atendidas por uma única especialidade e tampouco individualmente. Para Peduzzi (71), a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Ressalta a autora que o trabalho em equipe não pretende desconsiderar as especificidades dos trabalhos, pelo contrário, esse trabalho precisa ser compartilhado e as diferenças técnicas devem ser entendidas como fator facilitador para a divisão do trabalho com vista à qualidade dos serviços prestados. Sobre esse aspecto, Schraiber et al. (72) afirmam que o trabalho em equipe é o que se compartilha, negociando as distintas necessidades de decisões técnicas. Para tanto, é preciso considerar as bases distintas de julgamento e a tomada de decisões dos profissionais quanto aos cuidados que serão prestados pela equipe.

A integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do usuário e, assim, transcendendo a noção de conceito de saúde, de que a ausência de enfermidade significa ser saudável. Dessa forma, o trabalho em equipe mostra-se fundamental para o atendimento hospitalar, na medida em que médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e os demais profissionais envolvidos nesse atendimento estabelecem uma integração, para que a pessoa seja compreendida nas suas diferentes dimensões, de modo humanizado, contemplando assim as necessidades dos usuários. As múltiplas situações difíceis e inesperadas que fazem parte da realidade dos usuários dos

hospitais gerais refletem no trabalho da equipe multidisciplinar, o que demonstra que uma única especificidade profissional não consegue responder a gama de fatores intrínsecos da doença e da hospitalização (73).

Dentre as ações conjuntas, foram mencionados os atendimentos e grupos compartilhados, reuniões, discussão de caso, atendimento familiar, ações de articulação de rede, visitas domiciliares e realização de festas comemorativas. A consulta compartilhada é um instrumento de trabalho, podendo ser considerada como um arranjo que privilegie uma “comunicação transversal na equipe e entre equipes”, com vistas para uma clínica ampliada. A clínica ampliada busca se constituir numa ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas. No plano hospitalar, a fragilidade causada pela doença, pelo afastamento do ambiente familiar, requer uma atenção ainda maior da equipe ao usuário (74).

A clínica ampliada não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ela busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde. A atuação profissional a partir de diferentes enfoques, em equipe e compartilhando saberes e poderes facilita também no enfrentamento de conflitos (74).

No que diz respeito às reuniões de equipe é importante lembrar que estas não são um espaço apenas para que uma pessoa da equipe distribua tarefas às outras. Reunião é um espaço de diálogo e é preciso que haja um clima em que todos tenham direito à voz e à opinião (74). Criar um clima saudável de troca de opiniões (inclusive críticas), associado à objetividade nas reuniões, exige um aprendizado de todas as partes e é a primeira tarefa de qualquer equipe (74).

Uma das participantes afirma que os atendimentos compartilhados acontecem quando possível, mas que o quadro de funcionário está cada vez menor, tornando estes atendimentos cada vez mais raros. Este apontamento demonstra as fragilidades da implementação das políticas públicas e os desmontes que a saúde pública tem sofrido nos últimos anos.

Em relação ao processo de alta dos usuários, a maioria das participantes afirma que em geral a decisão de alta é compartilhada entre a equipe (Tabela 8). Nos hospitais, as portarias incentivam a alta precoce de modo que os próprios usuários ou sua família assumam os cuidados e que o retorno ao lar ocorra o mais



rápido possível. A alta hospitalar é um processo, por isso, deve incluir o desenvolvimento e a implantação de um plano para facilitar a transferência do usuário, do hospital para casa ou ambiente apropriado, visando a continuidade da assistência e evitando reinternações (75).

Estudos apontam que no Brasil, não há planejamento da alta hospitalar na prática clínica. As orientações da alta são fornecidas basicamente pelo médico ou enfermeiro, em tempo reduzido, no próprio leito ou até mesmo no corredor do hospital. As orientações, muitas vezes, não se atentam às necessidades globais do usuário. As informações sobre o tratamento medicamentoso são verbais, com a entrega da receita médica, porém às vezes podem ser inadequadas e insuficientes por falta de conhecimento técnico. Além disso, nem sempre o usuário é questionado se compreendeu as orientações fornecidas a ele (76, 77).

Diferentemente do que trazemos estudos realizados, nesta pesquisa os profissionais referem que a alta é decidida e compartilhada entre os membros da equipe. A alta hospitalar, historicamente construída como uma conduta médica, no campo da saúde mental tem se configurado de uma nova forma. A alta decidida pelos membros da equipe oportuniza espaço para construções coletivas, baseadas nos aspectos psicossociais e não é restrita apenas às condições orgânicas dos indivíduos.

Em um estudo sobre a compreensão e a percepção de pessoas com sofrimento mental internadas em uma unidade psiquiátrica no HG sobre a alta hospitalar, os usuários internados puderam falar como entendem o processo da alta hospitalar. A alta é percebida pelos entrevistados como um momento de vitória, de liberdade e recomeço, não apenas no tratamento, mas na vida. A percepção da alta foi atrelada à sensação de liberdade hospitalar, remetendo à ideia de que o hospital aprisiona a pessoa para que ela seja estabilizada. Por isso, ao sair do hospital, a pessoa vivencia um sentimento de liberdade, de poder voltar a realizar atividades de acordo com seus desejos. A alta hospitalar, por um lado, pode ser vista como recomeço, remete à noção de reiniciar a vida, esquecer acontecimentos do passado, atrelada a noção de cura, de modo que a internação e os ajustes das medicações possam deixar a pessoa curada. Por outro lado, os usuários demonstram também o sentimento de medo da reincidência de uma crise e de insegurança diante da alta (78).

*Tabela 8 - Altas compartilhadas entre a equipe de saúde mental nas unidades psiquiátricas no hospital geral, São Paulo, 2019*

	N	%
Decisão da alta compartilhada entre a equipe		
Sempre	6	26,08
A maioria das vezes	13	56,52
Algumas vezes	3	
Raramente	0	13,04
Nunca	1	4,34

Fonte: a autora.

No que se refere à seleção dos usuários que irão participar dos atendimentos de terapia ocupacional, a maioria das participantes relataram que, em geral, é realizada uma avaliação inicial. Algumas participantes denominam avaliação inicial como avaliação do desempenho ocupacional, avaliação do perfil ocupacional e construção de diagnóstico situacional.

O processo de avaliação está focado em descobrir o que o usuário quer e precisa fazer; identifica facilitadores e barreiras para a saúde, bem-estar e participação social. A avaliação ocorre durante as interações iniciais e subsequentes com a pessoa. A AOTA(79), determina que a avaliação consista em estabelecer o perfil ocupacional e realizar uma análise do desempenho ocupacional. O perfil ocupacional inclui informações sobre as necessidades da pessoa, problemas e preocupações relacionadas ao desempenho ocupacional. A análise do desempenho ocupacional está focada na coleta e na interpretação de informações para identificar mais especificamente os facilitadores e as barreiras relacionadas ao desempenho ocupacional e identificar os resultados alvos.

No que diz respeito ao perfil ocupacional, ele se constitui de um resumo da história ocupacional e experiências, dos padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades de cada pessoa. Conhecer o perfil ocupacional proporciona ao profissional de terapia ocupacional uma compreensão do ponto de vista da pessoa e de seu passado. Usando uma abordagem centrada na pessoa, o profissional reúne informações tanto para entender o que é importante e significativo para a pessoa,

quanto para identificar as experiências passadas e interesses que possam contribuir para a compreensão dos problemas e das questões atuais. A obtenção de informações sobre o perfil ocupacional ocorre por meio de entrevistas e conversas informais e se configura numa maneira de estabelecer relação terapêutica com os usuários e com sua rede de apoio. Isso favorece uma abordagem individualizada nas fases de avaliação, planejamento de intervenção e implementação da intervenção. Após a coleta de dados, as terapeutas ocupacionais visualizam as informações e desenvolvem uma hipótese de trabalho sobre as possíveis razões para os problemas e preocupações identificadas.

Em relação ao desempenho ocupacional, é necessário: analisar e sintetizar as informações do perfil ocupacional; observar o desempenho durante as atividades; identificar e avaliar os contextos, ambientes, demandas de atividades e fatores que influenciam as habilidades e os padrões de desempenho; interpretar os dados de avaliação para identificar o que facilita e o que impede o desempenho; delinear uma abordagem potencial de intervenção (79).

Também foi mencionado pelas participantes o uso do diagnóstico situacional. O diagnóstico situacional tem como objetivos revelar, fotografar, mapear a situação que se deseja transformar e permitir a reflexão sobre a escolha das estratégias de intervenção (80), o que condiz com atenção psicossocial. Trata-se de uma possibilidade de análise de informações tanto de documentos como de dados sociodemográficos, por meio do levantamento de dados relevantes que podem favorecer a proposição de práticas assistenciais mais contextualizadas com o perfil de necessidades das pessoas em determinado contexto territorial.

No MTOD, avaliar uma pessoa em terapia ocupacional é, antes de tudo, saber como é o seu cotidiano e qual é a repercussão social de suas realizações. O MTOD recorre ao diagnóstico situacional como um procedimento para retratar as condições socioemocionais e culturais apresentadas pela pessoa.

O diagnóstico situacional considera como a pessoa se vê, como os outros o veem, quais são suas atividades e como as realizam, informações que ajudarão a entender quem é a pessoa (81). O diagnóstico situacional para terapia ocupacional considera as particularidades das condições emocionais, socio-econômico-culturais apresentadas pela pessoa, auxilia proporcionar intervenções que potencializem sua inserção social, estimulando aspectos saudáveis. As potencialidades observadas no

diagnóstico situacional fortalecem o autoconhecimento. A discussão de equipe e a presença de dados colhidos com os demais profissionais também acrescentam na elaboração do diagnóstico situacional. É importante ter informações como o usuário é em outros espaços, para além do *setting* da terapia ocupacional (82).

As participantes também referem que as atividades em grupo geralmente são abertas para que os usuários possam ser convidados e estimulados a participar. Como já discutido anteriormente, no que se diz respeito às modalidades de atendimento desenvolvidas pelas terapeutas ocupacionais nas unidades psiquiátricas no HG, os atendimentos em grupo surgem como uma possibilidade de intervenção para a maioria das participantes. As profissionais relatam que a maioria dos grupos são abertos para que os usuários participem se assim for seu desejo. Esta modalidade de atendimento, além dos inúmeros benefícios terapêuticos já ditos anteriormente, também aparece como estratégia para atingir um maior número de pessoas.

Para pessoas que estão em crise e muitas vezes bastante desorganizados, o fato de estar em grupos possibilita experimentar novos papéis, entrar em contato com lugares conhecidos, ocupar novos espaços, regatar habilidades e vivenciar dificuldades. Os grupos de terapia ocupacional nas unidades psiquiátricas no HG podem se estruturar por meio da organização e execução de atividades livres ou indicadas.

Em relação à estrutura dos grupos podem ser divididos em aberto ou fechados. Os grupos abertos são adotados pela maioria dos profissionais desta pesquisa, tendo em vista a possibilidade de participação de um maior número de usuários. Os grupos também permitem um processo avaliativo de coleta de outros dados sobre a história de vida dos usuários. Permitem também rastrear demandas no momento da crise, seus interesses, organizar sua rotina no hospital e em casa, pensar projetos, além de oferecer uma possibilidade de interação grupal propiciando trocas de experiências entre os integrantes do grupo (83).

No processo inicial de avaliação, analisa-se qual modalidade de atendimento mais apropriada para o usuário, considerando as demandas que ele apresenta. Os atendimentos individuais são procedimentos indicados para usuários que necessitam de uma intervenção mais próxima do terapeuta ocupacional, levando em conta que, no momento, não conseguem relacionar-se em grupo ou quando só a

abordagem grupal não se mostra suficiente por apresentarem demandas específicas (83).

Outro modo de organização da atenção relatado por algumas participantes foi a divisão dos usuários por equipe de referência. O funcionamento das equipes de referência possibilita a atenção com uma responsabilização direta dos profissionais e construção conjunta de um projeto terapêutico singular. A equipe de referência é muito importante, dado que a relação de cada membro da equipe com o usuário e familiares é singular. A equipe de referência facilita um vínculo específico entre um grupo de profissionais e certo número de usuários, o que possibilita uma gestão mais centrada. As equipes de referência surgiram como arranjo de organização e de gestão dos serviços de saúde como forma de superar a racionalidade gerencial tradicionalmente verticalizada, compartimentalizada, produtora de processo de trabalho fragmentado e alienante para o trabalhador (74).

Num serviço hospitalar, pode-se definir a equipe de referência como o conjunto de profissionais que se responsabiliza pelos mesmos usuários cotidianamente. A proposta de equipe de referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. A proposta também é importante para a humanização porque, os serviços e os saberes profissionais muitas vezes “recortam” os usuários em partes ou patologias. As equipes de referência, ao contrário, são uma forma de resgatar o compromisso com o usuário, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico (74).

#### **4.5 Dimensões do cuidado de terapia ocupacional em saúde mental no hospital geral**

A compreensão da atenção empreendida pelos profissionais no cuidado aos usuários em crise no contexto da atenção em saúde mental no HG exige um olhar ampliado sobre as práticas em saúde no percurso terapêutico e uma reflexão sobre qual o sentido desse cuidado.

Na análise de conteúdo temático das informações obtidas, foram identificadas dimensões do cuidado de terapia ocupacional com os usuários com sofrimento mental no HG. Essas dimensões foram divididas em 2 categorias que colaboraram para uma compreensão mais aprofundada da experiência neste campo de atenção. As subcategorias identificadas foram denominadas: terapia ocupacional e o cuidado da crise em saúde mental no HG; e desafios enfrentados pelas terapeutas ocupacionais no cuidado da crise em saúde mental no HG.

#### *4.5.1 Terapia ocupacional e o cuidado da crise em saúde mental no hospital geral*

O movimento da RP estabelece um olhar voltado para a complexidade do usuário e do seu entorno social, considerando a diversidade, a intersubjetividade e a superação da divisão corpo e mente. Nesse sentido, entende-se que vida das pessoas não é em uma estrutura rígida, mas sim dinâmica.

No entanto, na psiquiatria clássica, a crise psiquiátrica pode ser entendida como quebra do equilíbrio da “máquina mental”, desequilíbrio da homeostase que deve ser recuperada. A homeostase é considerada um estado de equilíbrio e de estabilidade. Uma pessoa que está em crise seria aquela que perdeu esse equilíbrio e sairia desse estado de homeostase. A psiquiatria clássica entende a pessoa em situação de crise como algo separado do todo, sem considerar outros aspectos e compreendendo o entorno como estável, sem mudanças (23).

Ainda nessa visão, a crise é vista de maneira restrita como agudização dos sintomas, incluindo delírios, alucinações visuais e auditivas, agressividade, agitação psicomotora, embotamento afetivo, dentre outros sintomas. O tratamento é voltado para a supressão dos sintomas e a intervenção tem o objetivo da adaptação e estabilização.

Por outro lado, o modelo psicossocial observa a crise de outra maneira. Este modelo considera que a pessoa muda ao longo de sua vida, tanto nas relações que mantém com os outros, quanto como ambiente. Portanto, a pessoa se constrói por meio das interações sociais. Assim, a crise passa ser entendida como significativa e sinaliza algo em relação à pessoa que a vivencia, em seus sintomas psíquicos, corporais e comportamentais. Os sintomas não são um sinal de um desarranjo da máquina cerebral como na visão da psiquiatria clássica, mas são a ponta do iceberg de uma vida (47).

A crise seria um elemento de um processo, uma série de eventos pelos quais a pessoa passou e que culminaram em um ponto de saturação. Nesse contexto, busca-se voltar o olhar para a pessoa e suas experiências, abrindo espaço para que ela expresse o que está sentindo, fale sobre a situação que o levou até ali, sobre sua vida e sobre o que for pertinente a ela naquele momento. Essa postura abre portas para novas ações diante da crise, um olhar atencioso para o entendimento de que essa pessoa também tem modos e intensidades diversas de lidar com os fatores da vida e que devem ser incluídas nesse processo de acolhimento e atendimento. Durante todo esse processo, as conversas devem ser de formas horizontais, que levem o usuário e a sua rede a compreender que o profissional não está acima de tudo e de todos. O diálogo entre usuário e profissional ocorre em busca da construção de uma noção consensual do que é o problema e das possíveis soluções (84).

Atenção à crise em saúde mental é o nome dado a um conjunto de práticas de cuidado desenvolvidas no âmbito do modelo psicossocial e que se desenvolve com as pessoas em situações consideradas agudas e graves. Na concepção de crise, a partir de um modelo etiológico de base psicossocial, coexistem as situações de risco e vulnerabilidade como determinantes para o adoecimento e possíveis agravos (84). A abordagem da crise pautada no modelo psicossocial fica evidenciada nas práticas das terapeutas ocupacionais:

Participante 1: “A Terapia Ocupacional apresenta um olhar voltado ao que pode ser feito pelo paciente e não à patologia e restrições, ou seja, trabalhar com as potências”.

Participante 3: “A TO apresenta outras camadas da vida que estão fora do olhar biomédico, como, por exemplo, com o que o paciente ocupa sua vida”.

Participante 10: “pensar o momento de crise como oportunidade de melhoria da qualidade de vida desses pacientes.”

Em um estudo sobre o cuidado de terapia ocupacional com usuários em situação de crise em uma unidade psiquiátrica de HG (83), os autores referem alguns motivos que levam a pessoa a ter uma crise e necessitar de uma internação. São eles: o início de um quadro psiquiátrico, interrupção de tratamento, mudança de

medicação, reagudização da doença e falta de suporte familiar e social (83). Neste contexto de crise, o estudo relata que os objetivos da terapia ocupacional voltam-se para: identificar os campos das dificuldades pragmáticas e os potenciais que podem estar latentes ou minimamente expressos durante a crise; estimular habilidades da pessoa, a fim de manter ou reativar condutas construtivas, criativas e de aprendizagem; e favorecer escolhas e caminhos na fase de crise que possam apontar para uma superação da mesma (83). Assim, identifica-se que as experiências das terapeutas ocupacionais que coletamos se coadunam com o referido estudo.

A preocupação com os efeitos deletérios da internação na situação de crise também fica evidenciado na escolha de estratégias pela terapia ocupacional para minimizar os impactos gerados pela hospitalização, conforme relatos a seguir:

Participante 2: “Criamos um espaço de saúde que reduz os impactos da hospitalização.”

Participante 17: “Proporcionar vivências que acolham a crise, promovam a reflexão desse momento, oportunidade esta que nem sempre é permanente.”

Participante 21: “Ajudamos a diminuir o impacto da hospitalização.”

A rotina hospitalar difere daquela com a qual os usuários estão habituados, privando-os de sua rotina e cotidiano, restringindo-os ao papel de receber o cuidado e limitando sua participação nas escolhas. O horário das atividades da rotina, das refeições, de dormir e tomar banho são estabelecidos pela dinâmica do hospital. Assim, a pessoa pode sofrer expropriação de seu corpo e da gestão de seu cotidiano, uma ruptura dos seus vínculos familiares, sociais e afetivos. Desse modo, é imprescindível no contexto hospitalar que o terapeuta ocupacional possua arcabouço teórico para desenvolver atividades que visem minimização da ruptura da rotina e do cotidiano, valorizando os papéis ocupacionais, estimulando a independência e autonomia em atividades que sejam do interesse dos usuários (85).

A terapia ocupacional constitui uma terapia centrada em atividades. A atividade não deve ser encarada como tendo função meramente recreativa, mas, sobretudo ela auxilia o usuário na recuperação da capacidade de voltar a fazer algo que deixou de fazer, aprender e desenvolver novas atividades, como também



combater a falta de vontade da realização destas. São indicadas para aquelas pessoas que estão em estado de desorganização, isoladas e com a vontade comprometida. A atividade faz com que a pessoa se organize e possa desenvolver novas habilidades, e o ato de concluir uma tarefa possibilita que a pessoa constate que tem capacidade para executá-la (86).

No manejo da crise no HG, o estudo (83) aponta para a necessidade de criar uma rotina com espaços para que as atividades sejam realizadas, a fim de possibilitar a aproximação da pessoa com seu cotidiano. Isso porque na situação de crise o usuário pode encontrar-se sem sentido algum, na medida em que histórias estão fragmentadas e o fazer é comprometido pela gravidade de seu quadro psíquico(83). O terapeuta ocupacional promove a ligação entre o usuário e a atividade; entre o pensar e o fazer, em busca de promover sentido e significado para aquilo que é feito e de aproximara realidade interna e externa de cada pessoa. Na realização de atividades e da experiência vivida por cada pessoa, à relação triádica torna possível produzir marcas em sua vida, valorizando e estimulando suas ações (83).

Segundo Benetton (59), a relação triádica possui uma dinâmica que compõe um campo transicional em que as atividades possibilitam a manutenção da realidade externa, contribuem para o processo de autoconhecimento e ampliam o campo da consciência. Para essa mesma autora, na relação triádica é possível perceber qual a disponibilidade da pessoa em experimentar materiais e realizar atividades, seu relacionamento com demais usuários, equipe e família, além de observar dificuldades pragmáticas e subjetivas da pessoa. Esta abordagem tem o propósito de garantir a possibilidade de uma postura ativa no tratamento, de ressaltar seus aspectos mais saudios e respeitando a vulnerabilidade da condição (59).

No MTOD, a observação e a memorização dos acontecimentos durante a dinâmica de realização das atividades permitem a conexão com fatos até então desconectados para o usuário, ou seja, discurso verbal, produto final, processos de realização de atividades anteriores, bem como, comportamentos e atitudes resultantes da relação triádica, o que possibilita a reconstrução de suas histórias (81).

O MTOD é um dos referencias que subsidia a prática do terapeuta ocupacional e as ações que auxiliam nesse processo, por meio dos atendimentos individuais e grupais, oficinas e grupos terapêuticos, e a atuação direta nas atividades cotidianas que envolvem a internação, como a realização das AVDs.

Os depoimentos das participantes da pesquisa corroboram com a experiência dos autores e destacam:

Participante 6: “A TO contribui para organização da rotina, estimula o autocuidado...”.

Participante 20: “... contribuição na melhora dos sintomas através das atividades”.

As participantes reconhecem a relevância da terapia ocupacional no uso das AVDs orientadas para o cuidado do indivíduo com seu próprio corpo. Essas constituem tarefas de desempenho ocupacional que a pessoa realiza diariamente e englobam: vestir-se, alimentar-se, arrumar-se, tomar banho, pentear-se, como também as habilidades de usar telefone, escrever, manipular livros, entre outras, além da capacidade de virar-se na cama, sentar-se, mover-se e transferir-se de um lugar a outro. Estas atividades são fundamentais para viver no mundo social, pois permite a sobrevivência básica, bem-estar e estão presentes no contexto hospitalar conforme segue(79):

Participante 8: “A TO pode desenvolver inúmeras atividades voltadas a higiene e autocuidado”.

Participante 15: “o autocuidado, autonomia são trabalhados durante a internação.”

No período de hospitalização, devido à agudização do quadro psiquiátrico, o usuário pode apresentar o autocuidado prejudicado e com dificuldade no desenvolvimento das AVDs. O terapeuta ocupacional incentiva e auxilia no desenvolvimento destas atividades, adapta as que são necessárias e as organiza durante o período de internação. Desse modo, as atividades ajudam a organizar psicologicamente os usuários e, à medida que eles melhoram o quadro clínico, o desenvolvimento e a execução das AVDs também melhoram. O reconhecimento do

potencial terapêutico no uso das atividades e na autonomia da pessoa é identificado nos relatos a seguir e vem de encontro ao que é preconizado na AP:

Participante 4: “Podemos contribuir na estruturação/reestruturação do cotidiano dos indivíduos. No resgate da independência e autonomia”.

Participante 11: “Resgatar e/ou construir repertório ocupacional e novas possibilidades de inserção pelo fazer;”

Participante 23: “A TO favorece a autonomia e vivências de aspectos saudáveis”.

De acordo com Cohen e Marcolino (87), o respeito a um sujeito autônomo acontece quando se reconhecem as capacidades e as perspectivas pessoais, incluindo o direito de ele próprio analisar e fazer escolhas, e tomar atitudes baseadas em suas convicções e valores pessoais. Kynoshita (88) concebe a noção de autonomia como a capacidade do usuário gerar normas para a própria vida, a partir da ampliação de suas relações sociais. Assim, a ampliação de contatos sociais possibilita que a pessoa gere novas normas para situações diversas. Nesta perspectiva, o conceito de autonomia é ampliado e passa a ser entendida como a capacidade da pessoa em lidar com suas redes de dependências e o cuidado deve implicar em ganhos de autonomia para a pessoa (88).

A AP, entendida como referencial ético-teórico-político do movimento da RP brasileira e como modo prático de cuidado em saúde mental, é reconhecida como modelo para a superação de uma série de impasses decorrente da herança do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico, medicalizador, bem como para a superação do modelo médico hegemônico, que determina um modo de organização das práticas de saúde, caracterizado por atividades curativas, individuais, assistencialistas e organizadas em especialidade (89).

A AP vem norteando as práticas no campo da saúde mental. É possível observar o apoio deste referencial para a atuação da terapia ocupacional nas unidades psiquiátricas no HG. A perspectiva de promover a inclusão social, a autonomia e a singularidade da pessoa, está em consonância com o que é preconizado pelo campo psicossocial. Nesse sentido, a AP propõe a articulação com os serviços do território dos usuários e o terapeuta ocupacional, enquanto

profissional da equipe multiprofissional, valoriza e potencializa a articulação entre as redes de serviço durante o processo de hospitalização. As falas das participantes a seguir identificam essa dimensão do trabalho profissional:

Participante 12: “A TO traz um olhar voltado à rede”.

Participante 16: “É necessário articular todo o contato com a rede do território assim que o paciente chegar à internação”.

Participante 21: “A contribuição da TO é no auxílio de pensar sobre a inclusão deste paciente na rede de saúde, educação e social”.

Participante 22: “É fundamental articular tratamento pós-alta junto à rede de atenção”.

A AP exige um novo olhar que seja capaz de compreender o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado (90).

Ações conjuntas da equipe profissional com os demais serviços da rede de saúde são desenvolvidas a partir do hospital. A dimensão da necessidade da articulação com as redes de cuidados dos usuários, seja a rede setorial ou intersetorial, é reconhecida pelas terapeutas ocupacionais como fundamental para continuidade do cuidado pós alta. As terapeutas ocupacionais afirmaram seu compromisso com os serviços da RAS e com os dispositivos interssetoriais, como as Secretarias da Assistência Social, Educação, Segurança Pública e de Cultura durante o cuidado desenvolvido no HG, embora essas ocorram com menor frequência.

O apoio das redes de cuidado dos usuários da rede setorial ou intersetorial favorece a construção da cidadania e contratualidade, de modo que estas pessoas possam construir laços, participar da vida cotidiana, circular nos mais diversos espaços sociais, vindo ao encontro da proposta da reabilitação psicossocial.

De acordo com a perspectiva da reabilitação psicossocial proposta por Saraceno (3), o poder de contratualidade pressupõe a capacidade do indivíduo de realizar suas trocas afetivas e materiais no meio social, aumentar o poder de troca e

a sua circulação nos espaços das cidades, preocupações centrais dos movimentos reformadores. A reabilitação psicossocial é reconhecida como um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos, e implica na abertura de espaços de negociação com o usuário, sua família, com a comunidade circundante e com os serviços destes (91).

A terapia ocupacional tem desenvolvido sua prática no campo da saúde mental diretamente alicerçada nos pressupostos da reabilitação psicossocial como forma de sustentar suas ações e inserção nos atuais dispositivos de cuidado (30). Tal perspectiva vem ao encontro das experiências de cuidado realizadas pelas participantes no HG, uma vez que as terapeutas ocupacionais voltam seu olhar para a vida da pessoa, e não se restringem à situação de internação.

Participante 5: “Iniciar ou dar continuidade em projetos de vida que possam trabalhar seus desejos, para que possam ser mais autônomos e independentes na sociedade”.

Participante 11: “pensar sobre as rotinas da vida pós alta”.

Participante 13: “organização para a volta ao trabalho e ao lar”

Participante 15: “visa dar início em âmbito hospitalar para favorecer o retorno às conexões em sociedade”.

Ainda alinhadas com os preceitos da AP, destaca-se a contribuição da terapia ocupacional para promoção da interação social, como observado a seguir:

Participante 7: “A abordagem da TO facilita a compreensão da doença, a interação entre pacientes, a adesão ao tratamento e melhora na convivência familiar.”

Participante 14: “A TO promove a interação social”.

Participante 19: “TO contribui para o vínculo, convivência na internação e a reabilitação psicossocial.”

A terapia ocupacional tem papel fundamental para promover espaços de trocas e de interação social no período de internação, evidenciadas nas experiências profissionais por intermédio da abordagem em grupo, oficinas e práticas corporais adotadas. Essas vivências contribuem para que os usuários possam expressar suas

angústias e medos, dividir as aflições, trocar, compartilhar os motivos que levaram a internação e criar vínculos potentes que podem ser levados para fora do ambiente hospitalar. Desse modo, as práticas das terapeutas ocupacionais, na lógica da RP, assinalam as possibilidades das abordagens de situações de crise como uma forma de expressão e elaboração de dimensões da subjetividade (23).

#### *4.5.2 Desafios enfrentados pelas terapeutas ocupacionais no cuidado da crise em saúde mental no HG*

A segunda subcategoria aponta para os desafios enfrentados pela terapia ocupacional no contexto de atenção aos usuários com sofrimento mental no HG. A doença mental ainda carrega um sentido pejorativo, por ignorância e sentimento de ameaça e vulnerabilidade das pessoas. Associa-se a pessoa com sofrimento mental com a periculosidade, marginalidade e agressividade, o que gera intolerância e violência para com esses usuários (92).

Assim, ainda que o cuidado em HG tenha como perspectiva não imprimir ao usuário o estigma que historicamente se construía a partir da passagem pelo HP, a falta de preparo profissional pode contribuir para perpetuação desse estigma e para corroborar práticas manicomiais (11). Por isso, para enfrentar a cultura manicomial e a intolerância ao diferente, é de suma importância que os preceitos da RP estejam presentes nas práticas de cuidado e na sociedade em geral. A multiplicação do modelo da RP tem relação direta com a pretensão de um cuidado antimanicomial (88).

No entanto, a experiência das terapeutas ocupacionais assinala a reprodução do estigma social e a falta de preparo por parte dos diversos profissionais dos serviços, embora a finalidade do cuidado em situações de crise ou sintomas agudizados no HG seja a de preservar a dignidade do usuário (7). Tais dificuldades da equipe profissional indicam a necessidade de que os profissionais sejam treinados e capacitados para as práticas de cuidado humanizadas voltadas às necessidades dos usuários, conforme identificado pelas participantes:

Participante 9: “infelizmente, o paciente ainda é visto como um sujeito sem possibilidade de autonomia, tendo que se submeter ao que lhe é imposto.”

Participante 18: “a equipe que é fechada e ainda tem uma visão manicomial”

Participante 21: “principal desafio é a compreensão da equipe quanto ao uso de recursos dentro do hospital que não são tão utilizados pelos profissionais de outras áreas.”

Participante 22: “um dos grandes desafios seja trazer o olhar sensível desta população dentro da instituição. Estigma e preconceito ainda são algo muito arraigado dentro da instituição, o que repercute na prática de profissionais que não são especializados e necessitam exercer este cuidado também.”

Tendo em vista o contexto de atenção no momento da crise de pessoas com sofrimento psíquico no HG, a equipe multiprofissional precisa ser sensibilizada e desenvolver habilidades e atitudes terapêuticas como: escuta e acolhimento focalizado no usuário bem como disponibilidade e compromisso para com o outro, se despindo de preconceitos e prestando um cuidado humanizado (45).

Embora a maioria das terapeutas ocupacionais referisse que o serviço possui uma equipe profissional formada por diferentes categorias, elas também mencionaram dificuldades no trabalho em equipe e a falta de compreensão do trabalho da terapia ocupacional neste campo:

Participante 7: “Dificuldade no envolvimento dos profissionais e no trabalho em equipe”.

Participante 10: “Inserção mais potente da TO na equipe e o reconhecimento como uma prática de tratamento”.

Participante 19: “Dificuldade de os profissionais de outros setores compreenderem as especificidades da atuação de um terapeuta ocupacional”.

Participante 20: “Desconstruir o pré conceito do que é a T.O”.

Participante 23: “Na terapia ocupacional, percebo que as sutilezas e as construções feitas nos espaços de intervenção não são totalmente ouvidas pela equipe dado ao fato da internação”.

O conceito de multidisciplinaridade pressupõe o conhecimento das especificidades e das esferas das práticas de atuação de todos os profissionais por

cada um dos membros da equipe que nela trabalham. Esta é uma das dificuldades apontadas pelas respostas das terapeutas ocupacionais. Nas práticas profissionais, é bastante frequente uma atuação individual de cada profissional com o usuário, com procedimentos muitas vezes contraditórios, outras vezes duplicados, quando a integração dos vários procedimentos poderia potencializar o cuidado dessas pessoas. Presume-se que o reconhecimento de outras profissões da área de saúde também se aproxime para um melhor atendimento do usuário, de modo a evitar atuações fragmentadas.

Identifica-se a dificuldade da equipe em reconhecer as sutilezas e construções terapêuticas que vislumbram aumento de habilidades e investimento no potencial dos usuários, a partir da identificação de suas necessidades, preceitos da AP e da humanização, defendidos pelas terapeutas ocupacionais. A percepção de falta de envolvimento e de entendimento dos profissionais de outras áreas pode advir da resistência de romper com a centralidade dos cuidados clínicos. Assim identifica-se ainda a necessidade de transformação das práticas no HG, dada a inserção de novos profissionais em um local antes habitado apenas por médicos e enfermeiros (17).

Na rotina do HG, o tempo de intervenção, bem como a indicação de hospitalização, é visto como desafios para a atuação terapêutica ocupacional:

Participante 1: “Intervenção rápida: são poucos dias para estabelecer contato e desenvolver alguma intervenção”

Participante 5: “Estar no lugar de internação: a sociedade está habituada a colocar a resolução dos problemas de saúde no hospital, e, por isso, muitos casos acabam na internação, mesmo não havendo indicação.”

Embora seja preconizado tempo breve de internação, por conta da complexidade que envolve a vida dos usuários internados, o tempo de internação em algumas situações não é suficiente para abordar todas as problemáticas identificadas. A pressão pela alta hospitalar e a grande demanda de leitos para internação podem ocasionar altas precoces. Muitos desses usuários apresentam dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a falta de rede de suporte social, o que dificulta a continuidade do tratamento nos serviços extra hospitalares. Por isso,



é esperado que a rede de serviços de saúde se comunique para dar suporte às necessidades dos usuários.

Muitas vezes essas pessoas são internadas devido à situação de vulnerabilidade em que se encontram e não exclusivamente por demandas de saúde mental. Desse modo, a internação ocorre quando as estratégias de cuidado territorial não são suficientes para dar suporte às necessidades apresentadas pelas pessoas e, ainda, quando os recursos terapêuticos se esgotam. A necessidade de investimento em serviços fica evidenciada, dado os retrocessos com limitação na oferta de serviços no HG e na RAPS, que impuseram maiores limites para o cuidado integral à saúde mental.

Outra demanda identificada na prática das terapeutas ocupacionais relacionada à falta de investimento se refere à estrutura, recursos humanos e materiais considerados insuficientes para o desenvolvimento do trabalho nas unidades psiquiátricas no HG:

Participante 3: “Os maiores desafios atualmente dizem respeito a falta de espaço e materiais adequados”.

Participante 9: “Ausência de recursos apropriados e RH desfalcado”.

Participante 16: “na minha unidade faltam recursos humanos e materiais para as oficinas”.

Os retrocessos na PNSM e o subfinanciamento do SUS ficam evidenciados pela falta de recursos materiais e humanos. É de grande importância que as unidades psiquiátricas no HG tenham estrutura física apropriada para o desenvolvimento do cuidado, conforme aponta a Portaria n<sup>o</sup> 148 de 31 de janeiro de 2012(18). Tal Portaria estabelece que a estrutura física no HG tenha: iluminação e ventilação adequadas, permitindo que os atendimentos sejam desenvolvidos com conforto, privacidade, organização e segurança; nas instalações hospitalares de arquitetura vertical, as unidades psiquiátricas devem ficar o mais próximo possível do andar térreo, para facilitar o trânsito, reduzir os riscos aos usuários do serviço e favorecer a integração de pequena área livre para atividades; compatibilização entre espaços hospitalares e uso desses mesmos espaços de acordo com a dinâmica da

atenção psicossocial, em uma lógica na qual a humanização do cuidado e a convivência se apresentem como favorecedores do processo terapêutico (17).

Muitas participantes consideram que a unidade em que trabalham, não possui estrutura física ideal para os atendimentos de terapia ocupacional. Elas sugerem a necessidade de um local amplo, com mesa grande e cadeira para contemplar os atendimentos individuais e grupais, e um local de atendimento com porta, para dar privacidade aos atendimentos.

Quanto aos recursos materiais, as participantes referem que os materiais oferecidos pelas instituições são insuficientes para as atividades desenvolvidas de terapia ocupacional. Nos atendimentos são utilizados diversos itens de higiene e autocuidado, de papelaria, jogos, entre outros. Além disso, telefone com linha externa e computador com internet são necessários para entrar em contatos com os serviços do território e/ou familiares.

Adiciona-se aos desafios a falta de recursos humanos nos serviços públicos. As participantes relatam que são a única terapeuta ocupacional da sua equipe e que faltam profissionais de outras categorias. Foi constatada na pesquisa que os hospitais possuem a equipe mínima exigida pela portaria, no entanto, muitas vezes a quantidade mínima preconizada não é suficiente para um trabalho efetivo, considerando toda complexidade que envolve a atenção das pessoas com sofrimento mental. O subfinanciamento e a precarização do SUS influenciam diretamente no cuidado e tratamento prestado ao usuário.

A realidade vivenciada pelas profissionais está em consonância com estudo sobre avaliação da estrutura física e de recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica realizado com profissionais, usuários e familiares acerca da estrutura de um serviço de emergência psiquiátrica (93). De acordo com o estudo, os recursos humanos foram apontados como fragilidade estrutural e organizacional do serviço, sendo ressaltada a necessidade de aumentar o número de funcionários. Do mesmo modo, a estrutura física adequada possibilita a construção de ações de saúde efetivas e humanizadas. Nesse sentido, foi indicada preocupação ou constrangimento pelo fato do usuário ser abordado em local que não lhe garante a privacidade e, ainda, o espaço físico reduzido foi apontado como um complicador na eficácia do tratamento psiquiátrico (93).

Outro estudo, referente à percepção dos profissionais de enfermagem em relação à sobrecarga e condições de trabalho em serviços psiquiátricos hospitalares (94), relatou que as principais causas de sobrecarga se relacionam com: o cuidado com o usuário, infraestrutura do ambiente de trabalho e reduzido número de recursos humanos. Em relação aos aspectos que aliviarão a sobrecarga de trabalho, ficaram evidenciados os aspectos relacionados ao processo de trabalho. Nesse sentido, ações como: completar o quadro funcional, melhorar o espaço físico, cuidado e comunicação com os usuários auxiliam no desenvolvimento do trabalho. Ações que poderiam promover a diminuição da sobrecarga seriam melhorias da infraestrutura física, treinamento/capacitação, melhoria no salário, redução de carga horária, e aumento do número de profissionais. A falta de recursos humanos e as relações interpessoais conflituosas incrementam a sobrecarga, ao passo que a infraestrutura física deficitária do ambiente influencia negativamente nas condições de trabalho (94).

O número de reinternações dos usuários e as fragilidades das redes de cuidado são mencionados como preocupações. Nos boletins do MS não são encontrados dados sobre as taxas de reinternações psiquiátricas. No entanto, diversos estudos apontam para a ocorrência de um fenômeno chamado *revolvingdoor* ou “porta giratória” (95). O fenômeno é caracterizado por repetidas e frequentes reinternações psiquiátricas após pouco tempo da alta hospitalar. As reinternações possuem diferentes critérios de frequência, número de internações e intervalo entre elas, de maneira que não há consenso entre os autores. Alguns dos fatores relacionados ao fenômeno é a falta ou insuficiência de serviços substitutivos e comunitários, e a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e/ou ambulatorial. Também são considerados fatores: usuários jovens, solteiros ou que vivem sozinhos e os que possuem menor contato com a família (95).

Em um estudo realizado em um HP no Rio Grande do Norte sobre reinternações psiquiátricas, aponta que no período de janeiro de 2007 a julho de 2008 foram realizadas 2.516 internações, e cerca de 60% destas eram reinternações. Os pesquisadores referem que essas constantes reinternações, em geral, são decorrentes da inexistência ou ineficácia de uma rede de suporte e atenção extra hospitalar ao usuário, na medida em que os serviços não dão suporte

à crise de forma eficaz, fazendo com que o HP se mantenha como centro de captação desses usuários (92).

As reinternações, de acordo com o mesmo estudo, decorrem de: ausência de tratamento e esclarecimento sobre a necessidade de acompanhamento continuado; conflitos familiares; comorbidade com drogas; tratamento e uso irregular de medicação e desinformação sobre os transtornos mentais (92).

Em 2017, um estudo realizou o levantamento de artigos nacionais publicados dos últimos 21 anos sobre o fenômeno porta giratória (96). Embora não exista um consenso nos estudos a respeito de uma definição exata do que seja o fenômeno de porta giratória isto é, quantas internações e em qual período de tempo, a frequência de duas ou mais internações realizadas por um usuário pelo tempo de um ano, é uma das mais consideradas como critério para a caracterização da reinternação. Sobre o perfil dos usuários, a maioria era do sexo masculino e estavam na faixa etária de 20 e 49 anos, sem relacionamento conjugal (96).

Sobre os fatores que levam ao fenômeno da porta giratória, constatou-se: desconhecimento dos usuários e familiares da existência dos serviços substitutivos; dificuldades no acesso aos serviços substitutivos pelos usuários; baixa adesão aos tratamentos; sobrecarga da família, desencadeando em incompreensão familiar e rejeição. A falta de uma rede de atenção extra hospitalar forte em parceria com as famílias, a fragmentação do cuidado e o fato de os familiares não se considerarem aptos para cuidar fazem com que se acredite que a internação é a melhor forma de tratamento, o que explicita o quanto a ideologia manicomial ainda persiste na sociedade. O estudo aponta para necessidade de uma política institucional clara e sistemática para a realização das altas assistidas nos serviços de saúde mental. Aponta também para o desafio da construção coletiva de uma rede de cuidado em saúde, com práticas humanizadas, interdisciplinares e longitudinais, realizadas na comunidade de forma integral (96).

Observa-se que as reinternações psiquiátricas estão intimamente ligadas ao funcionamento insuficiente dos serviços territoriais e ao acesso ao tratamento. Além disso, é de extrema importância uma rede de suporte social e familiar que ofereça suporte integral aos usuários. As redes de serviços precisam funcionar de uma forma articulada e a família deve ser incluída no tratamento. No entanto, as pessoas com sofrimento mental geralmente têm pouca ou até mesmo nenhuma rede de

suporte, sendo muitas vezes a própria pessoa a única responsável pelo seu tratamento. Por isso a necessidade de repensar políticas públicas e novas formas de cuidado em saúde mental:

Participante 6: “são casos que retornam com frequência ao hospital e são desafiantes”.

Destaca-se uma vez mais o papel de uma rede de serviço potente e articulada para conseguir atender de maneira integral as necessidades dos usuários. Ainda que as participantes reconheçam que articulações e ações em conjunto com a rede sejam desenvolvidas, elas relatam que muitas vezes estas não são suficientes para abarcar todas as problemáticas que envolvem a vida dessas pessoas, representadas nas falas das participantes:

Participante 4: “Um dos grandes desafios diz respeito as fragilidades e dificuldades da rede que irá receber os pacientes, dificultando a continuidade do tratamento.”

Participante 11: “Pacientes com falta de rede de suporte familiar/social”.

O cuidado da pessoa com sofrimento mental em situação de crise nas unidades psiquiátricas no HG é complexa e implica, dentre diversos fatores, a capacidade dos profissionais e dos serviços da rede em aprimorar a qualidade técnica e continuidade da atenção desses usuários. Por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional preparada, que possa atender na medida do possível, as diferentes problemáticas desta população. Também é de grande importância que as instituições forneçam recursos e capacitações aos profissionais para a execução de um trabalho efetivo aos usuários e suas famílias. Foi apontada a relevância do terapeuta ocupacional como membro da equipe, demonstrando que a partir das suas práticas o profissional pode auxiliar a equipe, os usuários e os familiares em todo processo da internação. Desta forma, os dados obtidos nesta pesquisa deram luz para conhecer e refletir sobre as práticas de terapia ocupacional desenvolvidas no cuidado de usuários em unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais do Estado de São Paulo.

## 5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como principal objetivo conhecer e compreender as práticas de terapia ocupacional no cuidado de usuários em unidades psiquiátricas nos HG do Estado de São Paulo. Assim, no que se refere as participantes da pesquisa, todas as 23 profissionais eram mulheres. A predominância de profissionais do sexo feminino na profissão, desde o seu surgimento coincidente com a inserção da mulher no mercado de trabalho e indica que até hoje as habilidades relacionadas ao feminino influenciam a questão de gênero na profissão

As profissionais possuem experiência de trabalho em unidades psiquiátricas no HG e em outros serviços da RAPS, e formação complementar em saúde mental e/ou áreas correlatas que subsidiam as suas práticas profissionais.

As principais demandas para a atenção em terapia ocupacional aos usuários internados em unidades psiquiátricas no HG surgem por conta da agudização do quadro ou sintoma psiquiátrico, da falta de rede de suporte, da dificuldade de aceitação da doença, da situação de vulnerabilidade social, da dificuldade de adaptação à internação, da necessidade de articulação com a rede, do rompimento de vínculos familiares, e do longo período de internação.

A inserção do terapeuta ocupacional nas unidades psiquiátricas ocorre em uma diversidade de práticas e uso de variados espaços, desde salas de grupo, espaço de convivência, leito, consultório, como também fora do ambiente hospitalar, no território do usuário. As estratégias de cuidado envolvem atendimento individual, grupos e oficinas terapêuticas, práticas corporais, visita domiciliar, articulação com a rede, e tem grande relevância, pois auxilia no tratamento, na melhora do quadro clínico e na atenção ao usuário.

A terapia ocupacional colabora com o uso de estratégias que auxiliam no manejo da situação de crise da pessoa, na promoção de atividades que estimulam sua organização psíquica e na diminuição dos sintomas agudos. As atividades promovidas visam diminuir os impactos gerados pela hospitalização, minimizar ruptura da rotina e do cotidiano durante a internação. As terapeutas ocupacionais também estimulam a autonomia e independência nas atividades diárias que envolvem a rotina hospitalar, promovem a realização de atividades que sejam de

interesse dos usuários, e, ainda, valorizam os papéis ocupacionais, ou seja, as funções que a pessoa desempenha no seu dia a dia.

A terapia ocupacional tem participação relevante na articulação com a rede de saúde e rede intersetorial, sendo fundamental, tendo em vista a complexidade que abarcam a vida das pessoas com sofrimento mental. Estas ações se estendem desde visita domiciliar, discussões de caso e ações conjuntas com os diversos dispositivos da RAPS e com os setores da assistência social, educação, segurança pública e cultura. A alta hospitalar, em geral, é discutida e definida em conjunto com todos os membros equipe profissional, indicando a perspectiva da atenção voltada aos preceitos da atenção psicossocial assim como nas demais atividades destacadas.

Os referenciais específicos de terapia ocupacional utilizados pelas participantes para nortear as práticas em saúde mental são o MTOD, o Referencial de Rui Chamone Jorge e MOH e as suas ações estão alinhadas com as políticas de saúde mental, com a RP, a reabilitação psicossocial e estratégia de atenção psicossocial. Nesse sentido as terapeutas ocupacionais demonstraram qualificação no cuidado do usuário em crise e uma visão crítica sobre as contradições e os limites do modelo biomédico e da psiquiatria tradicional.

A atenção em terapia ocupacional envolve os familiares dos usuários internados por meio de espaços de escuta e acolhimento, atendimentos multiprofissionais, grupos educativos, grupos terapêuticos ou de modo individualizado, para favorecer melhor compreensão da situação da internação, quadro clínico e cuidados extra hospitalares por parte dos familiares com intuito de favorecer a convivência e o apoio familiar e social após a alta.

Os desafios enfrentados pelas terapeutas ocupacionais dizem respeito às fragilidades das redes de atenção, a falta de suporte familiar da maioria dos usuários, dificultando o tratamento e ocasionando as constantes reinternações. No que se refere ao serviço hospitalar, a falta de estrutura física adequada, de materiais e de recursos humanos impacta a atuação profissional. Por parte de alguns membros da equipe observa-se preconceito, o que revela o estigma que as pessoas com sofrimento mental ainda carregam. Isso pode repercutir na atenção oferecida e dificultar o trabalho em equipe no que se refere à atenção integral deste usuário.

O presente estudo mostra a relevância das práticas de terapia ocupacional na atenção à crise no campo da saúde mental desenvolvida em hospitais públicos do Estado de São Paulo apoiada pelos pressupostos da reabilitação psicossocial de modo a sustentar suas ações e inserção nos dispositivos de cuidado.

Como limite do estudo identifica-se que o uso de questionário como instrumento pode restringir as informações sobre as experiências das terapeutas ocupacionais, o que aponta para importância do desenvolvimento de mais estudos com diferentes metodologias qualitativas, a fim de favorecer informações mais aprofundadas sobre a experiência profissional. Também a ampliação de estudos para outros estados e regiões do país, de modo a conhecer outras realidades locais, favorecendo a produção de conhecimento e maior visibilidade das práticas da terapia ocupacional no campo da saúde mental no HG.



## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS Brasília^ eDF DF; 2005.
2. Nicacio MFdS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003.
3. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível1999.
4. Pitta A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. Saúde mental: campo, saberes e discursos Rio de Janeiro: Edições Ipub/Cuca. 2001:277-82.
5. Brasil. As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. Conselho Nacional de Secretários de Saúde Brasília; 2009.
6. de Caracas D. Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde [site na Internet]. Caracas (Venezuela). 1990.
7. Ferreira GMK, Marins MF, Moraes RS, da Silva Lopes CLA. Internações psiquiátricas em hospital geral e a política de saúde mental. Journal of Nursing and Health. 2013;2:333-9.
8. Brasil. Projeto de Lei nº 3.657/89. Brasília: Câmara dos Deputados. 1989.
9. Tenório F. A psicanálise ea clínica da reforma psiquiátrica: Rios Ambiciosos; 2001.
10. Brasil. Portaria SNAS/MS n. 189, de 19 de novembro de 1991. Inclui na tabela do SIH/SUS procedimentos. 1991.
11. Brasil. No. 224 de 29 de janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Legislação em Saúde Mental. 1992;2004:17-20.
12. Costa MDN, Limana RAS. Mentres em Reforma: O Silenciamento da Lei Federal de n. 10216/01. Revista de Direitos Humanos e Efetividade. 2015;1(1):60-79.
13. Brasil. LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001 [
14. Brasil. PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. 2012 [
15. Brasil. PORTARIA Nº 1.899, DE 11 DE SETEMBRO DE 2008 Institui o Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental em Hospitais Gerais 2008 [
16. Brasil. PORTARIA Nº 2.647, DE 28 DE OUTUBRO DE 2009. Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade, dos Estados, Distrito Federal e Municípios. 2009 [
17. Paes MR, Silva TLd, Chaves MMN, Maftum MA. O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil. Cienc Cuid Saude. 2013;12(2):407-12.

18. Brasil. 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 (SUS). 2011 [
19. ABRASCO. Nota Abrasco contra os retrocessos da CGMAD/MS frente à política brasileira de Saúde Mental - ABRASCO. 2017.
20. Paes MR, Maftum MA. Dificuldades da equipe de enfermagem de um hospital geral no cuidado ao paciente com transtorno mental. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 2013;7(9):5566-73.
21. Kapczynski F, Quevedo J, Schmitt R, Chachamovich E. Emergências psiquiátricas. *Emergências psiquiátricas*2001.
22. Barros REM, Tung TC, Mari JdJ. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010.
23. Fialho MB, Lancetti A. Fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. *Curso crise e urgência em saúde mental*. 2016.
24. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria: SciELO-Editora FIOCRUZ; 1996.
25. Quintas RM, Amarante P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde em debate*. 2008;32(78-79-80):99-107.
26. Del-Ben CM, Teng CT. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32(suppl 2):S67-S8.
27. Castro EDd, Lima E, Brunello MIB. Atividades humanas e terapia ocupacional. De Carlo MMRP, Bartalotti CC *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* São Paulo: Plexus. 2001:41-59.
28. MÂNgia EF, NicÁcio F. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* São Paulo: Plexus. 2001:63-80.
29. Costa LA, Almeida SCd, Assis MG. Reflexões epistêmicas sobre a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental. *Cad Ter Ocup UFSCar São Carlos*. 2015;23(2):189-96.
30. Almeida DTd, Trevisan ÉR. Estratégias de intervenção da terapia ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2011;15(36):299-308.
31. Coffito. Resolução nº 371, de 06 de novembro 2009. Dispõe sobre a alteração do artigo 1º da Resolução COFFITO. 2009(366).
32. Spínola PF, Valente T, Tedesco S. Grupo de Terapia Ocupacional: ancoragem para pessoas internadas em hospital geral. In: Editorial S, editor. *Grupos e Terapia Ocupacional: Formação, pesquisa e ações*. 1a ed. São Paulo2015. p. 296.
33. Frizzo HCF. Inserção do Terapeuta Ocupacional em um hospital geral universitário: sua participação em um serviço de consultoria psiquiátrica. 2002.
34. Tedesco S. Ações de terapia ocupacional (TO) em saúde mental no contexto de um serviço de interconsulta psiquiátrica em hospital geral (HG). 2013.
35. Cocenas SA, Marques JMda. Princípios Básicos e Operacionalização do Funcionamento Atual do Serviço de Terapia Ocupacional da Enfermaria de Psiquiatria. In: Summa L, editor. *Terapia Ocupacional Diferentes Práticas em Hospital Geral*. 1a ed. Ribeirão Preto: 2009; 2009. p. 305.
36. Barata DA, Cocenas SA, Kebbe LM. Coordenação de grupos de terapia ocupacional em enfermaria psiquiátrica: relato de supervisão realizada com uma estagiária. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2010;18(2):181-90.

37. Montrezor JB. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental/Occupational Therapy in the practice of therapeutic groups and workshops with mental health patients. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2013;21(3).
38. Minayo MCdS. Challenge of knowledge: a qualitative research in health. 2014.
39. Raupp FM, Beuren IM. Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências. \_\_\_\_\_ Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática São Paulo: Atlas. 2006.
40. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MdFL, Oliveira ES, Moysés NMN. A Força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulg saúde debate*. 2010(45):55-71.
41. FRANK G. Opening feminist histories of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*1992.
42. Fornereto A, Carretta R. Sobre a " generificação" de uma profissão: percorrendo a historicidade da terapia ocupacional. 2007.
43. VOGEL B, Benetton J. Terapia ocupacional: história de uma profissão feminina. 2002;n.7.
44. Figueiredo MdO, Zambulim MC, Emmel MLG, Fornereto AdPN, Lourenço GF, Joaquim RHVT, et al. Terapia ocupacional: uma profissão relacionada ao feminino. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2018;25(1):115-26.
45. Silva NdS, Esperidião E, Cavalcante ACG, Souza ACS, Silva KKCd. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2013;22(4):1142-51.
46. BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2010.
47. Fialho MB. Contexto históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. Zeferino, MT, Rodrigues, J & Assis, JT *Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental*(101p) Florianópolis. 2014.
48. Mendes EV. As redes de atenção à saúde: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
49. Romagnoli RC, Amorim AKdMA, de Sousa Severo AK, Nobre MT. Intersetorialidade em saúde mental: tensões e desafios em cidades do sudeste e nordeste brasileiro. *Revista Subjetividades*. 2018;17(3):157-68.
50. da Silva TL, Maftum MA, Kalinke LP, de Freitas Mathias TA, Ferreira ACZ, Capistrano FC. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. *Cogitare Enfermagem*. 2015;20(1).
51. Bragé ÉG, Ribeiro LdS, Rocha DGd, Ramos DB, Vrech LR, Lacchini AJB. Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2020(AHEAD).
52. Brusamarello T, Guimarães AN, Labronici LM, Mazza VdA, Maftum MA. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2011;20(1):33-40.
53. Muramoto MT, Mângia EF. A sustentabilidade da vida cotidiana: um estudo das redes sociais de usuários de serviço de saúde mental no município de Santo André (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:2165-77.
54. Borba LdO, Paes MR, Guimarães AN, Labronici LM, Maftum MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45(2):442-9.

55. Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, Severo AK. Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1209-26.
56. Borba LdO, Schwartz E, Kantorski LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2008;21(4):588-94.
57. Rezende NFF, Moll MF, Ventura CAA, Pires FC. Sobrecarga em acompanhantes de pacientes psiquiátricos internados em hospital geral. *REME rev min enferm*. 2018;22:e-e.
58. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2008;17(4):680-8.
59. Benetton MJ. A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental. Campinas: Universidade de Campinas; 1994.
60. Tedesco SA, Citero VA, Martins LAN. Interconsulta psiquiátrica: fatores de encaminhamento para a terapia ocupacional em saúde mental/Consultation-liaison psychiatry: factors referral from occupational therapy in mental health. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO*. 2018;2(1):109-25.
61. Ballarin M. Abordagens grupais. *Terapia ocupacional fundamentação e prática*. 2007:38-43.
62. Samea M. O dispositivo grupal como intervenção em reabilitação: reflexões a partir da prática em terapia ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2008;19(2):85-90.
63. Mendonça TCPd. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. *Psicologia: ciência e profissão*. 2005;25(4):626-35.
64. Cedraz A, Dimenstein M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? *Revista mal-estar e subjetividade*. 2005(2):300-27.
65. Saito CM, De Castro ED. PRÁTICAS CORPORAIS COMO POTÊNCIA DA VIDA/BODYWORKS AS POWER OF LIFE. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2011;19(2).
66. Lopes WO, Saube R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, cuidado e saúde*. 2008;7(2):241-7.
67. Guia Drulla A, Alexandre AMC, Rubel FI, Azevedo Mazza V. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*. 2009;14(4):667-74.
68. Villares CC. Terapia ocupacional na esquizofrenia. *O Desafio da Esquizofrenia*. 1998:183-95.
69. Castro EDd. Relação Terapeuta-Paciente. CAVALCANTI, A; GALVÃO, C *Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2007:28-34.
70. Costa RKS, Enders BC, Menezes RMP. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. <https://periodicosuembr/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. 2009.
71. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35:103-9.
72. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999;4:221-42.
73. Fossi LB, Guareschi NMdF. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da SBPH*. 2004;7(1):29-43.

74. Brasil. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Ministério da Saúde Brasília; 2009.
75. Camargo PF, André LD, Lamari NM. Orientações em saúde no processo de alta hospitalar em usuários reinternados do Sistema Único de Saúde. *Arquivos de Ciências da Saúde*. 2016;23(3):38-43.
76. Fontana G, Menezes M. As significações dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*. 2017;8(2):86-95.
77. Fontana G, Chesani FH, Nalin F. Percepções dos profissionais da saúde sobre o processo de alta hospitalar. *Revista da UNIFEBE*. 2017;1(21):137-56.
78. Mendes VC, Tisott ZL, Souto VT, Terra MG, de Siqueira DF, Rodrigues BV. Percepção sobre a alta hospitalar de pessoas internadas em unidade de atenção psicossocial. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2019;32.
79. AOTA AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo-traduzida. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2015;26:1-49.
80. Nogueira-Martins MCF, SES, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004;13:44-57.
81. Benetton J, Marcolino TQ. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Activities in the Dynamic Occupational Therapy Method. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2013;21(3).
82. Tito JC, Moraes GCd. Diagnóstico Situacional: uma possibilidade de avaliação em Terapia Ocupacional. *Ceto*. 2007:48-52.
83. Ceccato TL, Frungilo LH, Peral TA. Procedimentos da Terapia Ocupacional com pacientes em crise: um diálogo com o Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Ceto*. 2007:54.
84. Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:595-602.
85. de Macedo Maia JT, Leal LS. Contribuições da terapia ocupacional através de atividades produtivas e de lazer na internação hospitalar prolongada/Contributions of Occupational Therapy Through Productive and leisure Activities in prolonged hospitalar intervention. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional-REVISBRATO*.3(4):602-9.
86. MODA DL. Autonomia de pacientes psiquiátricos com transtorno de esquizofrenia em internação psiquiátrica e pós-internação2018. Available from: [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as\\_sdt=0%2C5&q=AUTONOMIA+DE+PACIENTES+PSIQUI%C3%81TRICOS+COM+TRANSTORNO+DE+ESQUIZOFRENIA+EM+INTERNA%C3%87%C3%83O+PSIQUI%C3%81TRICA+E+P%C3%93S-INTERNA%C3%87%C3%83O&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=AUTONOMIA+DE+PACIENTES+PSIQUI%C3%81TRICOS+COM+TRANSTORNO+DE+ESQUIZOFRENIA+EM+INTERNA%C3%87%C3%83O+PSIQUI%C3%81TRICA+E+P%C3%93S-INTERNA%C3%87%C3%83O&btnG=).
87. C C, J M. Relação médico-paciente: autonomia & paternalismo1999.
88. Kinoshite R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. São Paulo: Hucitec; 1996.
89. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*: Fiocruz, Rio de Janeiro; 2000.
90. Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. 2008;v. 32, n. 78/79/80(Rio de Janeiro):p. 27-37.

91. Morato GG, de Oliveira Lussi IA. Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a terapia ocupacional no campo da saúde mental/Contributions from the perspective of Psychosocial Rehabilitation for occupational therapy in the field of mental health. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2018;26(4).
92. Bezerra CG, Dimenstein M. O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica. *Mental*. 2011;9(16):417-41.
93. Buriola AA, Pinho LB, Kantorski LP, Matsuda LM. Avaliação da estrutura física e de recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2017;26(4).
94. Alves SR, Santos RPd, Oliveira RG, Yamaguchi MU. Serviços de saúde mental: percepção da enfermagem em relação à sobrecarga e condições de trabalho. *Rev pesqui cuid fundam*[Internet]. 2018:25-9.
95. Zanardo GLdP, Silveira LHdC, Rocha CMF, Rocha KB. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede de Atenção Psicossocial. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2017;20:460-74.
96. Gusmão ROM, da Silva Junior RF, Alves APdON, Flecha DA, Dias CLO, Barbosa RRS, et al. REVOLVING DOOR-REINTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA HOSPITALAR. *Humanidades*. 2017;6(2).



## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

NOME:.....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO: M  F   
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO:..... Nº: ..... APTO:.....  
BAIRRO:..... CIDADE:.....  
CEP:..... TELEFONE: ..... DDD ..... (.....)  
.....

#### DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: “A Terapia Ocupacional e o cuidado de usuários em unidades psiquiátricas no Hospital Geral”

2. PESQUISADOR: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosé Colom Toldrá.

CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor.

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 3/855-TO.

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO    x                      RISCO MÉDIO      
RISCO BAIXO                          RISCO MAIOR   

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos.

Convido a participar de forma voluntária na pesquisa: “A Terapia Ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral”

O objetivo da pesquisa é: Conhecer e refletir sobre as práticas de terapia ocupacional no cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas em hospitais gerais do Estado de São Paulo

A participação na pesquisa consiste em responder um questionário que serão abordadas questões referentes aos dados sociodemográficos dos participantes, caracterização da instituição e da população atendida e sobre a inserção e as práticas



dos terapeutas ocupacionais desenvolvidas em unidades de saúde mental no HG. Terá tempo aproximado de 20 minutos de duração. Na segunda fase da pesquisa, os participantes serão convidados a participar de uma entrevista. Será utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, desenvolvido a partir das respostas do questionário e no aprofundamento de questões referentes a formação, trabalho em equipe e atuação do terapeuta ocupacional neste contexto.

Sua participação no estudo não lhe trará qualquer benefício direto, porém, pode ocorrer risco mínimo de interferência, como desconforto, dúvida, entre outras, devido à realização de entrevista com profissionais. No entanto, serão tomados todos os cuidados para minimizar possível interferência e a identificação dos participantes será mantida em sigilo/com garantia de anonimato. Para a realização do estudo as respostas das questões serão gravadas e anotadas. Os dados serão utilizados somente para esta pesquisa e os resultados serão publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos sem menção aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador responsável é Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosé Colom Toldrá, que poderá ser encontrado no endereço: Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária "Armando de Salles de Oliveira", fone: (011) 3091 7457 – E-mail: [centroto@usp.br](mailto:centroto@usp.br). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251-21º andar sala 36, Cerqueira César São Paulo SP, CEP: 01246-000 Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407 ou com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo no [e-mail: smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) ou [cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br](mailto:cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br) e pelo telefone (11)999735683

Você terá liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Sua identidade será mantida em sigilo e as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, portanto não será divulgada a identificação de nenhum profissional. Não há despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Como pesquisadora, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “A Terapia Ocupacional e o cuidado de usuários em unidades psiquiátricas no Hospital Geral”.

Eu discuti com a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosé Colom Toldrá (pesquisadora responsável) e com Tainá Tayota de Oliveira (pesquisadora executante) sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Declaração do Participante da Pesquisa

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

*(Somente para os responsáveis pelo projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela pesquisa

Data://

---

Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36  
Cerqueira César - São Paulo – SP CEP: 01246-000  
Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407



## APÊNDICE B - Questionário elaborado pelas pesquisadoras

O modelo de atenção à saúde mental no Brasil está fundamentado no modelo psicossocial proposto pela Reforma Psiquiátrica. Os serviços devem funcionar em uma rede ampla, na qual estão incluídos também os serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos e enfermarias psiquiátricas no Hospital Geral (HG). O HG tem importante papel na rede de atenção em saúde mental e as internações devem ser de curta duração. Na Portaria nº 148, de 31/01/2012 são definidas as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Neste contexto preconiza-se equipe multidisciplinar, no qual o terapeuta ocupacional está incluído. Desta maneira o presente estudo tem o objetivo de identificar e analisar as práticas de Terapia Ocupacional no cuidado em saúde mental as pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral Público no Estado de São Paulo.

\*Obrigatório

1. Endereço de e-mail \*

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: "A Terapia Ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral"

2. PESQUISADOR: Profa. Dra. Rosé Colom Tolrá.  
CARGO/FUNÇÃO: Professor Doutor.  
INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 3/855-TO.  
UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assinie ao final deste documento, o qual está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

O objetivo da pesquisa é: Identificar e analisar as práticas de Terapia Ocupacional no cuidado às pessoas internadas em unidades psiquiátricas em Hospitais Gerais do Estado de São Paulo. A participação na pesquisa consiste em responder um questionário que serão abordadas questões referentes aos dados sociodemográficos dos participantes, caracterização da instituição e da população atendida e sobre a inserção e as práticas dos terapeutas ocupacionais desenvolvidas em unidades de saúde mental no HG. Terá tempo aproximado de 20 minutos de duração e na autorização para a sua utilização na pesquisa. Na segunda fase da pesquisa, os participantes serão convidados a participar de uma entrevista. Será utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, desenvolvido a partir das respostas do questionário e no aprofundamento de questões referentes a formação, trabalho em equipe e atuação do terapeuta ocupacional neste contexto.

Sua participação no estudo não lhe trará qualquer benefício direto, porém, pode ocorrer risco mínimo de interferência, como desconforto, dúvida, entre outras, devido à realização de entrevista com profissionais. No entanto, serão tomados todos os cuidados para minimizar possível interferência e a identificação dos participantes será mantida em sigilo/com garantia de anonimato. Para a realização de estudos de pesquisa, os dados serão armazenados em arquivos digitais e impressos, sendo utilizados somente

07/11/2018

Questionário sobre a Terapia Ocupacional e o cuidado às pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

que poderá ser encontrado no endereço: Rua Cipotânea, 51, Cidade Universitária "Armando de Salles de Oliveira", fone: (011) 3091 7457 – E-mail: [centroto@usp.br](mailto:centroto@usp.br). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP, localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251-21º andar sala 36, Cerqueira César São Paulo SP, CEP: 01246-000, Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407 ou com o Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo no e-mail: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com) ou [cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br](mailto:cep.smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br) e pelo telefone (11)999735683

Você terá liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Sua identidade será mantida em sigilo e as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, portanto não será divulgada a identificação de nenhum profissional. Não há despesas pessoais para o participante e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Como pesquisadora, comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: "A Terapia Ocupacional e o cuidado em saúde mental às pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral".

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

**2. A partir da leitura do TCLE, você se considera suficientemente informado e esclarecido sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**3. Você concorda em participar voluntariamente desta pesquisa? \***

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**4. Nome:**

\_\_\_\_\_

**5. Idade:**

\_\_\_\_\_

**6. Gênero:**

*Marcar apenas uma oval.*

- Feminino  
 Masculino  
 Prefiro não dizer

**7. Instituição de formação:**

\_\_\_\_\_

**8. Tempo de formação:**

\_\_\_\_\_

07/11/2018

Questionário sobre a Terapia Ocupacional e o cuidado às pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

**9. Realiza ou realizou algum curso de pós graduação?***Marque todas que se aplicam.*

- Aprimoramento  
 Especialização  
 Mestrado  
 Doutorado

**10. Especifique:**

---

**11. Realiza ou realizou outros cursos e/ou formações?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**12. Especifique:**

---

**13. Em qual instituição você trabalha? Há quanto tempo?**

---

**14. Qual sua jornada de trabalho?***Marcar apenas uma oval.*

- 20h  
 30h

**15. Tem outro trabalho?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**16. Especifique:**

---

**17. Possui experiências profissionais anteriores?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim  
 Não

**18. Especifique:**

---

**Características do local de trabalho**

07/11/2018

Questionário sobre a Terapia Ocupacional e o cuidado às pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

**19. Quantos leitos são destinados a saúde mental/psiquiatria?**

---

**20. Quais profissionais compõem a equipe de saúde mental?***Marque todas que se aplicam.*

- assistente social
- enfermeiro
- auxiliar/ técnico de enfermagem
- psiquiatra
- psicólogo
- terapeuta Ocupacional
- educador físico

**21. Existem ações desenvolvidas pela equipe com os demais serviços da rede?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**22. Em caso afirmativo, assinala com quais serviços?***Marque todas que se aplicam.*

- UBS
- ESF
- NASF
- CAPS
- Centro de convivência
- Ambulatório
- Unidade de acolhimento
- Serviço residencial terapêutico
- Hospital psiquiátrico
- Outro: \_\_\_\_\_

**23. Existem ações intersetoriais desenvolvidas pela equipe?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**24. Em caso afirmativo, com quais setores?***Marque todas que se aplicam.*

- Secretaria da assistência social
- Secretaria da educação
- Secretaria de segurança
- Secretaria de cultura
- Outro: \_\_\_\_\_

07/11/2018

Questionário sobre a Terapia Ocupacional e o cuidado às pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

**25. Quais as principais dificuldades trazidas pela a família?***Marque todas que se aplicam.*

- Sobrecarga do cuidado
- Sobrecarga física
- Sobrecarga emocional
- Sobrecarga financeira
- Outro: \_\_\_\_\_

**População atendida**

Assinalar qual ou quais alternativas de maior incidência.

**26. Gênero:***Marque todas que se aplicam.*

- Maioria feminino
- Maioria masculino
- Ambos

**27. Idade:***Marque todas que se aplicam.*

- > 18 anos
- 18 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59 anos
- <60 anos

**28. Pacientes possuem rede de suporte familiar?***Marque todas que se aplicam.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

**29. Pacientes possuem rede de suporte social?***Marque todas que se aplicam.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas Vezes
- Maioria das vezes
- Sempre



07/11/2018

Questionário sobre a Terapia Ocupacional e o cuidado às pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

**30. Qual a situação profissional dos pacientes?***Marque todas que se aplicam.*

- Ativo
- Inativo/afastado
- Aposentado
- Autônomo
- Informal
- Outro: \_\_\_\_\_

**31. Quais os principais diagnósticos de saúde mental apresentados pelos pacientes atendidos?***Marque todas que se aplicam.*

- F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos
- F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa
- F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
- F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]
- F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes
- F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos
- F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
- F70-F79 Retardo mental
- F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico
- Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência
- F99 Transtorno mental não especificado
- Outro: \_\_\_\_\_

**32. Qual o tempo médio de internação?***Marque todas que se aplicam.*

- 1 a 3 dias
- 4 a 7 dias
- 7 a 14 dias
- 15 a 30 dias
- 31 a 60 dias
- acima de 60 dias

**33. Existem ações voltadas para os familiares?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

07/11/2018

Questionário sobre a Terapia Ocupacional e o cuidado às pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

**34. Em caso afirmativo, assinale quais.***Marque todas que se aplicam.*

- Atendimento multiprofissional
- Grupos educativos
- Grupos terapêuticos
- Outro: \_\_\_\_\_

**35. Quais as principais dificuldades trazidas pela a família?***Marque todas que se aplicam.*

- Financeira
- Sobrecarga do cuidado
- Sobrecarga física
- Sobrecarga emocional
- Outro: \_\_\_\_\_

**Atuação do terapeuta ocupacional****36. Como são selecionados os pacientes para o atendimento da terapia ocupacional?***Marque todas que se aplicam.*

- Busca ativa
- Solicitação médica
- Solicitação dos demais profissionais da equipe

**37. Qual (is) fator (es) de solicitação para o atendimento da terapia ocupacional?***Marque todas que se aplicam.*

- Longo período de internação
- Dificuldade de adaptação a internação
- Rompimento de vínculos familiares
- Falta de Rede de Suporte
- Dificuldade de aceitação da doença
- Reinternação
- Necessidade de articulação com a rede
- Quadro /sintomas psiquiátrico (agitação, agressividade, confusão mental, delírio, outros)
- Vulnerabilidade social
- Outro: \_\_\_\_\_

**38. É realizada avaliação de terapia ocupacional?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

07/11/2018

Questionário sobre a Terapia Ocupacional e o cuidado às pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

**39. Explique como é feita a avaliação.**

---

---

---

---

---

**40. Assinale ações desenvolvidas pela terapia ocupacional.***Marque todas que se aplicam.*

- Atendimento individual
- Grupo terapêutico
- Oficinas
- Práticas corporais
- Visita domiciliar
- Ações de articulação com a RAPS
- Outro: \_\_\_\_\_

**41. Ocorrem ações conjuntas desenvolvidas pela equipe?***Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

**42. Em caso afirmativo, assinale quais.***Marque todas que se aplicam.*

- Reunião de equipe
- Reunião com os demais serviços da rede
- Atendimentos compartilhados entre membros da equipe
- Visitas domiciliares
- Grupos de família
- Grupos terapêutico
- Outro: \_\_\_\_\_

**43. Em quais locais ocorrem os atendimentos de terapia ocupacional?***Marque todas que se aplicam.*

- Sala de Grupo/convivência
- Consultórios
- Leito
- Outros locais do hospital
- Fora do hospital

07/11/2018

Questionário sobre a Terapia Ocupacional e o cuidado às pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

**44. A alta é compartilhada com a equipe profissional?***Marque todas que se aplicam.*

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

**45. Na sua opinião qual a contribuição e os desafios da terapia ocupacional no cuidado de pessoas internadas no hospital geral?**

---

---

---

---

---

Powered by  
 Google Forms



## **APÊNDICE C - Produto Educacional**

**TAINÁ TAYOTA DE OLIVEIRA**

**Terapia Ocupacional: estratégias de cuidado em unidades psiquiátricas no hospital geral**

São Paulo

2023



**TAINÁ TAYOTA DE OLIVEIRA**

**Terapia Ocupacional: estratégias de cuidado em unidades psiquiátricas no hospital geral**

Produto educacional apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde para obtenção de título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Rosé Colom Toldrá.

São Paulo

2023





## RESUMO

Na atenção no campo da saúde mental no Brasil os serviços devem funcionar em uma rede ampla, na qual estão incluídos também os serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos e enfermarias psiquiátricas no Hospital Geral, na perspectiva do modelo psicossocial proposta pela Reforma Psiquiátrica. O hospital geral tem importante papel na rede de atenção em saúde mental e preconiza-se a assistência de uma equipe multidisciplinar, no qual o Terapeuta Ocupacional está incluído. A partir dos resultados obtidos na dissertação “A terapia ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no hospital geral” foi desenvolvido um *folder* como produto educacional com o objetivo ampliar as informações sobre a contribuição das práticas do terapeuta ocupacional para o usuário, família e equipe profissional. O *folder* poderá ser utilizado como ferramenta pelas terapeutas ocupacionais para divulgar o trabalho profissional e potencializar a atuação da equipe multidisciplinar.

Palavras chave: Terapia Ocupacional. Saúde Mental. Hospital Geral. Internação Psiquiátrica. Equipe Multidisciplinar. Produto Educacional.



## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente produto educacional foi desenvolvido a partir da dissertação de mestrado “A terapia ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no hospital geral”, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosé Colom Toldrá no Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo, uma vez que na pesquisa foi detectado que muitos profissionais desconheciam as práticas de terapia ocupacional em saúde mental, no contexto hospitalar.

O modelo de atenção à saúde mental no Brasil até meados dos anos 1990 era quase que exclusivamente centrado nos moldes manicomial, caracterizado pelos longos períodos de internação em HP e pela visão excludente construída entre a sociedade e a pessoa com transtorno mental. Contudo, esse modelo tem sido superado pelas novas formas de cuidado e tratamento em saúde mental fundamentadas no modelo psicossocial propostas pela Reforma Psiquiátrica (1).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a organização de redes de atenção psicossocial e destaca a oferta de tratamento na atenção primária e de ações em saúde mental no contexto comunitário (2). Estes serviços devem funcionar em uma rede ampla, na qual estão incluídos também os serviços de urgência e emergência psiquiátrica, leitos e enfermarias psiquiátricas no Hospital Geral, tendo em vista que o hospital geral tem importante papel na rede de atenção em saúde mental.

Em 23 de dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088 instituiu a Rede de atenção psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A RAPS é constituída pelos serviços da Atenção Primária à Saúde (UBS/ESF/NASF), Atenção Psicossocial Especializada (CAPS, Ambulatórios), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial, com a finalidade de melhorar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, ajudar usuários e suas famílias e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (3). O componente de Atenção Hospitalar da RAPS habilita Hospitais Gerais, Maternidades e Hospitais de Pediatria para

oferta de leitos de saúde mental que funcionem como retaguarda para a RAPS (4). O principal objetivo é oferecer cuidado hospitalar para pessoas com sofrimento mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para que sejam realizadas a avaliação diagnóstica e a discriminação de patologias somáticas e/ou psiquiátricas; manejo de situações de crise e/ou vulnerabilidade extrema que apresentem risco de vida para o usuário (4).

Os serviços de saúde mental no HG têm a função de dar suporte ao atendimento de emergências psiquiátricas para o manejo de sujeitos em crise ou com sintomas psíquicos agudizados (1). Neste processo, é imprescindível uma intervenção imediata de uma equipe de profissionais que estejam bem treinados, com objetivo de evitar maiores danos à saúde dos indivíduos ou de extinguir possíveis riscos a sua vida e de terceiros (5).

Na atenção no campo da saúde mental em hospital geral recomendam-se ações multiprofissionais, que envolvem diversos profissionais, incluindo a terapia ocupacional. A terapia ocupacional colabora com o uso de estratégias que auxiliam no manejo da situação de crise da pessoa, na promoção de atividades que auxiliam na sua organização e diminuição dos sintomas agudos, entre outros. Desta maneira a pesquisa buscou conhecer e refletir sobre as práticas de terapia ocupacional no cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas em hospitais gerais. A pesquisa foi realizada com 23 terapeutas ocupacionais que atuam em unidades psiquiátricas nos hospitais gerais públicos do Estado de São Paulo. Para coleta de dados foi utilizado questionário elaborado pelas pesquisadoras com questões relativas às características da instituição, da população atendida pelas participantes e sobre suas práticas neste campo.

Os achados da pesquisa apontam para as ações e estratégias de cuidado da terapia ocupacional em saúde mental no hospital geral realizadas de modo conjunto com os demais serviços da rede de atenção à saúde, o que denota que a atenção no HG busca promover a integração de ações e serviços de saúde com a finalidade de oferecer atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Essas ações são realizadas com os CAPS, UBS, Ambulatório de Saúde Mental, NASF, ESF e Serviço Residencial Terapêutico, HP, Centro de Convivência e Unidade de Acolhimento. Ainda, que com menor frequência são realizadas as ações intersetoriais com a Secretaria de Assistência Social, Secretaria de Educação, Secretaria de Segurança Pública e com a Secretaria de Cultura.

Em relação às ações conjuntas com outros profissionais, as participantes destacam os atendimentos e grupos compartilhados, reuniões, discussão de caso, ações de articulação de rede, visitas domiciliares, realização de festas comemorativas e atendimento familiar. O atendimento dos familiares é de suma importância, uma vez que estes precisam ser incluídos no tratamento dos usuários, oportunizando um espaço de escuta e acolhimento e a possibilidade de maior compreensão da doença e do tratamento necessário. Dentre as ações voltadas aos familiares está o atendimento individual e multiprofissional bem como grupos educativos e grupos terapêuticos.

Na pesquisa foi possível identificar os principais fatores que levam ao atendimento de terapia ocupacional, dentre eles estão aspectos relativos ao próprio quadro ou sintoma psiquiátrico do usuário, falta de rede de suporte familiar, dificuldade de aceitação da doença, situação de vulnerabilidade social, dificuldade de adaptação à internação, necessidade de articulação com a rede, rompimento de vínculos familiares e longo período de internação.

Dentre as práticas desenvolvidas pela terapia ocupacional durante a internação no HG, destaca-se a realização de grupos, atendimento individual, oficinas terapêuticas, práticas corporais e visita domiciliar. Para tanto a terapia ocupacional explora uma variedade de possibilidade de intervenções com o usuário de saúde mental durante o período de hospitalização utilizando-se de diferentes espaços, como em salas de grupo e espaço de convivência, leito, consultório como também fora do hospital.

O terapeuta ocupacional no contexto hospitalar colabora com a equipe profissional e como bem-estar do usuário na medida em que lança mão de atividades da vida diária e as que envolvem a rotina hospitalar visando minimizar os impactos gerados pela internação, a ruptura da rotina de vida, estimular a independência e autonomia como também promover a realização de atividades de interesse dos usuários. As participantes destacaram a relevância da terapia ocupacional no auxílio das atividades de vida diária orientadas para o cuidado do indivíduo com seu próprio corpo. Tais atividades são fundamentais para viver no mundo social para a sobrevivência básica e o bem-estar (6). A terapia ocupacional prioriza aspectos do cotidiano e espaços de trocas e de interação social por meio dos grupos durante a internação, com vistas a expressão de angústias e medos, dividir aflições, trocar experiências, compartilhar os motivos que levaram a

internação e criar vínculos que possam ser levados para fora do ambiente hospitalar.

Tendo em vista a identificação de que alguns profissionais desconheciam as práticas de terapia ocupacional neste campo apresenta-se a criação de um *folder* como produto educacional. Optou-se pelo folder, impresso e/ou digitalizado, pela facilidade de acesso, manuseio e distribuição. Este material será disponibilizado e poderá ser utilizado pelas participantes do estudo, para informar e divulgar as estratégias de cuidado e a contribuição da terapia ocupacional em saúde mental no HG. Também o folder poderá ser disponibilizado pelo setor de educação permanente da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, para maior visibilidade e sua utilização nos demais hospitais da rede municipal e estadual de saúde.

## **1 OBJETIVO**

Contribuir para maior conhecimento sobre a contribuição das práticas de terapeuta ocupacional com usuários em unidades psiquiátricas no Hospital Geral.

## **2 IDEALIZAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO FOLDER**

Na perspectiva de conhecer e compreender as estratégias de cuidado do terapeuta ocupacional em saúde mental no HG procurou-se sistematizar as principais ações e contribuições do terapeuta ocupacional neste contexto.

A proposta de apresentar essas informações no formato de *folder* foi modelada durante a disciplina “Produto Educacional: desafios e qualificação profissional” desenvolvida no Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo. As aulas possibilitaram reflexões e trocas que subsidiaram a construção deste produto educacional. Para elaboração do *folder* foram extraídas as principais informações baseadas nas experiências das profissionais, legislações e estudos no campo de saúde mental utilizadas na dissertação de mestrado e apresentadas em tópicos a fim de ser um material objetivo e de fácil compreensão.

O *folder* será disponibilizado de forma impressa e digital para as participantes da pesquisa para que elas possam informar e divulgar o trabalho desenvolvido nos seus locais de trabalho. Espera-se, que a ferramenta disponibilizada contribua para

o maior conhecimento da contribuição da terapia ocupacional no campo da saúde mental no HG e sua relevância na composição das equipes multiprofissionais.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do produto educacional com os achados da pesquisa sobre as práticas de terapia ocupacional em saúde mental no HG construído a partir de um *folder* possibilita fácil manuseio e baixo custo para o seu uso. O *folder* poderá ser utilizado por diversos profissionais, principalmente pelas terapeutas ocupacionais para informar, esclarecer e divulgar as principais contribuições no cuidado com usuários com sofrimento mental no HG bem como a relevância da participação deste profissional como membro da equipe multidisciplinar. O *folder* será encaminhado às participantes do estudo e poderá ser disponibilizado ao setor de educação permanente da Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, para sua utilização nos diversos hospitais da rede municipal e estadual de saúde.

### REFERÊNCIAS

1. Paes MR, Maftum MA. Dificuldades da equipe de enfermagem de um hospital geral no cuidado ao paciente com transtorno mental. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2013;7(9):5566-73.
2. World Health O. Relatório mundial de saúde: Organização Mundial de Saúde; 2001.
3. Brasil. 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 (SUS), 2011.
4. Del-Ben CM, Teng CT. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010;32(supl 2):S67-S8.



5. AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo traduzida. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2015;26:1-49.

### A indicação do usuário para o acompanhamento de Terapia Ocupacional:

- Sintoma psiquiátrico agudizado;
- Dificuldade de aceitação da doença;
- Dificuldade de adaptação à internação;
- Longo período de internação;
- Rompimento de vínculos familiares;
- Falta de rede de suporte familiar e social
- Necessidade de articulação com a rede;
- Vulnerabilidade social.

### O acompanhamento de Terapia Ocupacional:

- Minimiza a ruptura da rotina e do cotidiano de vida devido a hospitalização;
- Estimula o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD) relacionada a rotina hospitalar e o interesse do usuário;
- Valoriza os papéis/funções ocupacionais, que o indivíduo desempenha na sua vida como: trabalhador, estudante, amigo, membro da família etc;
- Atua no resgate da autonomia, auxiliando o usuário a fazer escolhas e tomar decisões dentro e fora do hospital;
- Previne reinternações.

Programa de Mestrado  
Profissional Formação  
Interprofissional em Saúde  
Universidade de São Paulo



Oliveira, T.T; TOLDRÁ R.C. A terapia ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no hospital geral. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2023.



## Terapia Ocupacional

ESTRATÉGIAS DE CUIDADO  
EM SAÚDE MENTAL NO  
HOSPITAL GERAL

### Saúde Mental no Hospital Geral

Os serviços de saúde mental no HG têm a função de dar suporte ao atendimento de emergências psiquiátricas para o manejo de pacientes em crise ou com sintomas psíquicos agudizados.

Preconiza-se a assistência de uma equipe multiprofissional capacitada, na qual o terapeuta ocupacional está incluído.

O acompanhamento de Terapia Ocupacional no HG traz benefícios aos usuários internados na medida em que colabora no manejo da situação de crise, na sua reorganização, na diminuição dos sintomas psiquiátricos e na atuação como membro da equipe multiprofissional.



#### No Hospital Geral o terapeuta ocupacional desenvolve diferentes modalidades de atendimentos:

- Individual;
- Grupos;
- Oficinas terapêuticas;
- Práticas corporais;
- Visita domiciliar;
- Articulação com a rede de serviços.

#### Articulação com a rede e as ações compartilhadas com a equipe profissional envolve serviços diversos:

- **Saúde:** CAPS, UBS, Ambulatório de Saúde Mental, NASF, ESF e Serviço Residencial Terapêutico, Hospital Psiquiátrico, Centro de Convivência e Unidade de Acolhimento.
- **Intersetorial:** Assistência Social, Educação, Segurança Pública e Cultura.

#### Ações multiprofissionais são esperadas e necessárias, pois favorecem a comunicação e qualificam a atenção ao usuário através de:

- Atendimentos e grupos compartilhados;
- Reuniões;
- Discussão de caso;
- Ações comemorativas
- Articulação de rede;
- Visitas domiciliares.

A família tem papel fundamental no tratamento. É de grande importância que seja incluída no acompanhamento durante a internação. O atendimento familiar pode ser oferecido por meio de:

- Orientações individuais;
- Atendimento multiprofissional;
- Grupos educativos;
- Grupos terapêuticos.

Para criar estratégias de interação e cuidado com o usuário, o terapeuta ocupacional potencializa o uso de diferentes ambientes:

- Sala de grupo/convivência
- Beira leito;
- Consultório;
- Corredor e jardim do hospital;
- Fora do hospital: acompanhamento aos serviços do território, realização de documentos, remoção domiciliar, entre outros.

## ANEXO A -Parecer do Comitê de Ética

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Terapia Ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

**Pesquisador:** Rosé Colom Toldrá

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 04887218.8.0000.0065

**Instituição Proponente:** FUNDACAO FACULDADE DE MEDICINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.135.665

**Apresentação do Projeto:**

adequada

**Objetivo da Pesquisa:**

avaliar a presença e atuação da Terapia Ocupacional e o cuidado de pessoas internadas em unidades psiquiátricas no Hospital Geral

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

minimos

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

bem elaborada

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

devidamente elaborado

**Recomendações:**

sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

**Bairro:** FACAEMBU **CEP:** 01.245-903

**UF:** SP **Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)3893-4401

**E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE  
MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.125.055

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1270574.pdf	07/12/2018 20:22:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	07/12/2018 19:24:05	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	cep_128_formulario_para_cadastro_de_projeto_atualizado_2019.docx	07/12/2018 19:15:28	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevista.docx	07/12/2018 19:12:59	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.docx	07/12/2018 19:09:58	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Outros	QUESTIONARIO.docx	04/12/2018 16:43:51	Rosé Colom Toldrá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTO.docx	04/12/2018 16:43:28	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/12/2018 16:43:08	Rosé Colom Toldrá	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/12/2018 16:32:40	Rosé Colom Toldrá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 07 de Fevereiro de 2019

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira  
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36  
Bairro: FACAEMBU CEP: 01.246-903  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

## ANEXO B– Hospitais do Estado de São Paulo que possuem leitos psiquiátricos

HOSPITAL	CIDADE	LEITO DE PSIQUIATRIA/ SAÚDE MENTAL
HOSPITAL ANGATUBA	ANGATUBA	4
SANTA CASA DE APARECIDA	APARECIDA	20
HOSPITAL SAO LUIZ DE ARARAS	ARARAS	1
HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS	ASSIS	16
HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR FRANCISCO MORAN	BARUERI	12
HOSPITAL MUNICIPAL DE BERTIOGA	BERTIOGA	1
HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU	BOTUCATU	3
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	CAMPINAS	14
HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA	CARAPICUIBA	10
HOSPITAL E MATERNIDADE MADRE VANNINI CONCHAL SP	CONCHAL	4
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE COSMOPOLIS	COSMOPOLIS	1
HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA HOSPITAL SERRARIA	DIADEMA	10
HOSPITAL MUNICIPAL DE DIADEMA HMD	DIADEMA	10
SANTA CASA DE DRACENA	DRACENA	1
HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO FERRAZ DE VASCONCELOS	FERRAZ DE VASCONCELOS	11
HOSPITAL ESTADUAL DR ALBANO DA FRANCA ROCHA SOBRINHO	FRANCO DA ROCHA	30
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUARATINGUETA	GUARATINGUETA	10
HOSP MUNICIPAL DE URGENCIAS HMU	GUARULHOS	9
HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANCA E DO ADOLESCENTE HMCA	GUARULHOS	2
HOSPITAL MUNICIPAL PIMENTAS BONSUCESSO MANUEL DE PAIVA	GUARULHOS	10
HOSPITAL MUNICIPAL GOV MARIO COVAS JR	ILHABELA	2
HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI	ITAPEVI	10

HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA	17
ITAQUAQUECETUBA	
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITARARE	4
ITARARE	
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITATIBA	1
ITATIBA	
HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	2
ITUPEVA	
HOSPITAL DAS CLINICAS HCFAMEMA	15
MARILIA	
HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMES NARDINI	20
MAUA	
SANTA CASA DE MOCOCA MOCOCA	3
MOCOCA	
HOSPITAL DAS CLINICAS DE PINHO MELO	12
MOGI DAS CRUZES	
HOSPITAL MUNICIPAL DR TABAJARA RAMOS	2
MOGI GUACU	
HOSPITAL REGIONAL DR VIVALDO MARTINS SIMOES	20
OSASCO	
HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULINIA	4
PAULINIA	
COMPLEXO HOSPITALAR DULCE O S S	11
IRMA	
HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO	38
PRESIDENTE PRUDENTE	
HOSPITAL E MATERNIDADE DE RANCHARIA	1
RANCHARIA	
HOSPITAL DAS CLINICAS RIBEIRAO PRETO	30
FAEPA	
SANTA CASA DE RIO CLARO	2
RIO CLARO	
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL N S DO MONTE SERRAT	2
SALTO	
CENTRO HOSPITALAR DE ANDRE DR NEWTON DA COSTA BRANDAO	10
SANTO ANDRE	
HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS DE SANTO ANDRE	21
SANTO ANDRE	
HOSPITAL GUILHERME ALVARO SANTOS	30
SANTOS	
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO CENTRAL	15
SAO BERNARDO DO CAMPO	
HOSPITAL MUNICIPAL DE EMERGENCIAS ALBERT SABIN	3
SAO CAETANO DO SUL	
HOSPITAL UNIVERST DA PROF DR HORACIO C PANEPUCCI	8
SAO CARLOS	

HOSPITAL DA CASA PIA SAO VICENTE DE PAULA	SAO MANUEL	1
HOSPITAL SAO MIGUEL ARCANJO	SAO MIGUEL ARCANJO	4
CENTRO HOSPITALAR DO SISTEMA PENITENCIARIO SAO PAULO	SAO PAULO	8
HC DA FMUSP INSTITUTO DO CORACAO INCOR SAO PAULO	SAO PAULO	1
HOSP MUN CARMEN PRUDENTE	SAO PAULO	10
HOSP MUN DR BENEDICTO MONTENEGRO	SAO PAULO	14
HOSP MUN DR CARMINO CARICCHIO	SAO PAULO	10
HOSP MUN DR JOSE SOARES HUNGRIA	SAO PAULO	2
HOSP MUN FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA	SAO PAULO	14
HOSP MUN JABAQUARA ARTUR RIBEIRO DE SABOYA	SAO PAULO	18
HOSP MUN M BOI MIRIM	SAO PAULO	10
HOSP MUN PROF DR WALDOMIRO DE PAULA	SAO PAULO	16
HOSP MUN PROFESSOR DOUTOR ALIPIO CORREA NETTO	SAO PAULO	18
HOSP MUN TIDE SETUBAL	SAO PAULO	29
HOSP MUN VER JOSE STOROPOLLI	SAO PAULO	9
HOSP STA MARCELINA SAO PAULO	SAO PAULO	3
HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA	SAO PAULO	21
HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA	SAO PAULO	24
GUAIANASES SAO PAULO		
HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO	SAO PAULO	22
HOSPITAL KATIA DE SOUZA RODRIGUES TAIPASSP SAO PAULO	SAO PAULO	16
HOSPITAL PSIQUIATRICO DE VILA MARIANA	SAO PAULO	27
HOSPITAL SAO PAULO HOSPITAL DE ENSINO DA UNIFESP SAO PAULO	SAO PAULO	16
HOSPITAL ESTADUAL DE SERRANA	SERRANA	12
CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	SOROCABA	14
HOSPITAL GERAL PIRAJUSSARA	TABOAO DA SERRA	10



TABOAO DA SERRA			
SANTA CASA DE TANABI	TANABI		5
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE TATUI	TATUI		5
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE UBATUBA	UBATUBA		1
SANTA CASA DE VINHEDO	VINHEDO		2
SANTA CASA DE BARRETOS	BARRETOS		20
COMPLEXO HOSPITALAR	CAMPINAS		20
PREFEITO EDIVALDO ORSI			
SANTA CASA DE IGARAPAVA	IGARAPAVA		10
HCSVP HOSPITAL SAO VICENTE	JUNDIAI		10
SANTA CASA DE JUNQUEIROPOLIS	JUNQUEIROPOLIS		4
SOCIEDADE OPERARIA HUMANITARIA LIMEIRA	LIMEIRA		12
HOSPITAL CARLOS FERNANDO MALZONI MATAO	MATAO		5
SANTA CASA PIEDADE	PIEIDADE		4
SANTA CASA DE PRESIDENTE VENCESLAU	PRESIDENTE VENCESLAU		4
HOSPITAL SAO JOAO REGISTRO	REGISTRO		5
SANTA CASA SALTO DE PIRAPORA	SALTO DE PIRAPORA		4
HOSPITAL SAO MIGUEL ARCANJO	SAO MIGUEL ARCANJO		4
SANTA CASA DE SOROCABA	SOROCABA		10
HOSPITAL MUNICIPAL DR AUCIPIO DA SILVA OLIVEIRA JUNIOR	VARZEA PAULISTA		4
HOSPITAL MUNICIPAL DE VOTORANTIM	VOTORANTIM		4

**ANEXO B - Hospitais habilitados com leitos psiquiátricos/ saúde mental que possuem terapeuta ocupacional na equipe**

Hospitais

Santa Casa De Aparecida  
Hospital São Luiz De Araras  
Hospital Regional De Assis  
Hospital Municipal De Barueri Dr. Francisco Moran  
Hospital Das Clinicas Da Faculdade De Medicina De Botucatu  
Hospital Das Clinicas Da Unicamp De Campinas  
Hospital Geral De Carapicuíba  
Hospital Estadual De Diadema Hospital Serraria  
Hospital Municipal De Diadema  
Santa Casa De Dracena  
Hospital Dr.Osiris Florindo Coelho Ferraz De Vasconcelos  
Hospital Estadual Dr. Albano Da Franca Rocha Sobrinho  
Hospital Municipal Pimentas Bonsucesso Manuel De Paiva  
Hospital Municipal Da Criança E Do Adolescente  
Hospital Geral De Itapevi  
Hospital Das Clinicas Famema  
Hospital De Clinicas Dr.RadamesNardini  
Hospital Das Clinicas Luzia De Pinho Melo Mogi Das Cruzes  
Hospital Regional Dr. Vivaldo Martins Simões Osasco  
Hospital Municipal De Paulínia  
Hospital Domingos Leonardo Ceravolo Presidente Prudente  
Hospital das Clinicas de Ribeirão Preto  
Hospital Estadual Mario Covas De Santo André  
Hospital Guilherme Álvaro Santos  
Hospital e Pronto Socorro Central  
Hospital Universitário Da UFSCarProf.Dr.Horacio C Panepucci  
Centro Hospitalar Do Sistema PenitenciárioSão Paulo  
Conjunto Hospitalar Do MandaquiSão Paulo  
Hospital Municipal Carmen Prudente  
Hospital Municipal Dr. Benedicto Montenegro  
Hospital Municipal Dr. Carmino Caricchio  
Hospital Municipal Dr. Jose Soares Hungria  
Hospital Municipal Fernando Mauro Pires Da Rocha  
Hospital Municipal Gilson De Cássia Marques De Carvalho  
Hospital Municipal Jabaquara Artur Ribeiro De Saboya  
Hospital Municipal M Boi Mirim  
Hospital MunicipalProf.Dr. Waldomiro De Paula  
Hospital Municipal Professor Doutor Alipio Correa Netto  
Hospital Municipal Tide Setubal  
Hospital Municipal Vereador Jose Storopoli  
HospitalSanta Marcelina São Paulo

Hospital Geral Jesus Teixeira Da Costa Guaianases São Paulo  
Hospital Geral Santa Marcelina De Itaim Paulista São Paulo  
Hospital Kátia De Souza Rodrigues Taipas São Paulo  
Hospital Estadual De Serrana  
Hospital Geral Pirajussara Taboão Da Serra  
Conjunto Hospitalar Sorocaba  
Santa Casa De Tanabi  
Santa Casa De Barretos  
Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi  
Santa Casa De Igarapava  
Hcsvp Hospital São Vicente  
Sociedade Operaria Humanitária Limeira  
Santa Casa De Sorocaba