

A avaliação inicial no processo de trabalho do terapeuta ocupacional na rede de saúde mental¹

Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi^a, Isabela Aparecida de Oliveira Lussi^b

^aTerapeuta Ocupacional, Mestre em Terapia Ocupacional, Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil

^bDoutora em Ciências, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP, Docente do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

Resumo: A Terapia Ocupacional, no campo da saúde mental, faz uso de diferentes referenciais para desenvolvimento de sua prática. Observa-se a importância de se verificar como os terapeutas ocupacionais, que estão inseridos na rede de serviços de saúde mental, realizam a avaliação das demandas dos usuários em seu cenário de trabalho. O presente estudo teve como objetivo estudar o processo de avaliação dos terapeutas ocupacionais em diferentes equipamentos que compõem a rede de serviços de saúde mental. Foi realizado um estudo de caso transversal descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos entrevistando-se terapeutas ocupacionais inseridos nos equipamentos de saúde mental de uma região específica. Esta região pertence a um Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo. O método de análise temática foi empregado na análise dos dados, possibilitando a identificação de categorias de análise. Os resultados obtidos de uma dessas categorias (o processo de avaliação do terapeuta ocupacional) mostraram que a maioria dos profissionais entrevistados faz a avaliação inicial. A avaliação, em todos os casos, foi realizada de modo informal, contando com instrumentos construídos pelos próprios profissionais durante sua prática. Além disso, pessoas com transtornos mentais crônicos são usualmente atendidas pela terapia ocupacional nos serviços de saúde mental estudados. Essas características, obtidas a partir da fala dos profissionais em exercício, são úteis para a construção de critérios técnicos para a admissão de usuários no atendimento de Terapia Ocupacional em saúde mental.

Palavras-chave: *Terapia Ocupacional, Saúde Mental, Avaliação.*

The initial evaluation in the working process of occupational therapists in the mental health system

Abstract: In the field of mental health, Occupational Therapy uses different references in practice development. It is important to observe how occupational therapists in the mental health system assess users' demands on their work scenarios. In this research, we aimed to study the assessment process of occupational therapists in different services of the mental health system. A descriptive cross-sectional case study was conducted using a qualitative approach. Data were obtained through interviews with occupational therapists integrated to the mental health services of a specific region. The region studied belongs to a Regional Health Department in the state of São Paulo. The thematic analysis method was applied to the data collected allowing the identification of categories of analysis. The results obtained from one of these categories (the assessment process of occupational therapists) showed that most of the professionals interviewed do perform the initial evaluation. This assessment was carried out informally in every case employing tools built by the professionals themselves during their own practices. In addition, patients with chronic mental illnesses are usually admitted in the Occupational Therapy services studied. These characteristics, obtained from active professionals, are useful in the creation of technical criteria for users' admission in Occupational Therapy mental health treatment.

Keywords: *Occupational Therapy, Mental Health, Assessment.*

1 Introdução

O grande desafio, frente ao contexto histórico e político da saúde mental na contemporaneidade, está em evitar que os atuais serviços que formam a rede de cuidados ainda reproduzam a lógica da exclusão e rupturas com trabalho, participação social e exercício da cidadania ocasionados pelos transtornos mentais (THORNICROFT; TANSELLA, 2010; MÂNGIA; YASUTAKI, 2008).

Nesse sentido, as políticas formuladas para a saúde mental no Brasil a partir da década de 1990 são embasadas pelo referencial da reabilitação psicossocial, importante norteador teórico-prático da reforma psiquiátrica (PINTO; FERREIRA, 2010).

Na atualidade, a Terapia Ocupacional no campo da saúde mental faz uso de diferentes referenciais para o desenvolvimento de sua prática, nos quais os principais objetivos são a ampliação do cuidado e a possibilidade de resgate dos direitos de cidadania de sujeitos com algum transtorno mental (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

O processo de trabalho clínico do terapeuta ocupacional é objeto de estudo da categoria. As etapas já são conhecidas e envolvem raciocínio clínico, avaliação, tratamento e avaliação dos resultados (CREEK, 2002). O foco, no presente estudo, foi a avaliação inicial, o primeiro contato do profissional com as demandas do sujeito que procura a Terapia Ocupacional.

O processo de trabalho do terapeuta ocupacional em saúde mental é abordado por Creek (2002) de modo abrangente. Para a autora, qualquer pessoa com problema no fazer é cliente potencial e o maior objetivo da Terapia Ocupacional é ampliar habilidades do cliente de forma a propiciar integração social e produtividade, a que esteja satisfeito com sua vida e que esteja adaptado para novas circunstâncias.

Segundo a mesma autora, a avaliação, parte do processo, pode ser dividida em duas fases: inicial e detalhada. É a avaliação que favorecerá o primeiro contato entre terapeuta e sujeito, iniciando o vínculo, e fornecerá um panorama geral das habilidades funcionais e uma lista de pontos fortes e fragilizados.

Os aspectos do indivíduo que podem ser acessados em uma avaliação do terapeuta ocupacional são: habilidades, pontos fortes e interesses; áreas de disfunção; saldo de atividades de vida diária; mudanças ocorridas nas ocupações; potencial para mudanças e motivação/volição (CREEK, 2002).

Segundo Dornerlas e Galvão (2007), em relação às habilidades psicossociais, o terapeuta ocupacional faz uso de avaliações formais e informais, nas quais identifica papéis e atividades desenvolvidas pelo sujeito e, assim, pode identificar habilidades

e limitações, de forma a maximizar o desempenho ocupacional. Ainda segundo as mesmas autoras, no Brasil, os profissionais utilizam, de forma geral, as avaliações informais, pela falta de protocolos validados nacionalmente.

Com relação ao uso de instrumentos padronizados para avaliação, um estudo de Chaves et al. (2010) revela que nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e alguns países da Europa, o uso de instrumentos de avaliação é mais difundido do que em países como o Brasil. Esses autores localizaram na literatura brasileira alguns instrumentos validados para uso nacionalmente, porém detectaram que sua utilização ainda é discreta.

Observa-se a importância de se verificar como os terapeutas ocupacionais inseridos na rede de serviços de saúde mental avaliam as demandas dos usuários em seu cenário de atuação e os admitem nos equipamentos. O presente estudo teve como objetivo compreender as formas de realização dessa avaliação pelos terapeutas ocupacionais em diferentes equipamentos que compõem a rede de serviços de saúde mental. Este artigo apresenta parte dos resultados do estudo.

2 Percurso metodológico

Trata-se de um estudo de caso transversal descritivo, que fez uso da abordagem qualitativa para o seu desenvolvimento. Para Sampieri, Collado e Lucio (2006), um estudo transversal descritivo pode apresentar um panorama geral de um grupo de pessoas, de forma a situar, categorizar e proporcionar uma visão de um fenômeno em um ponto determinado do tempo. Uma das abordagens que pode ser empregada na pesquisa descritiva é o estudo de caso, que se delinea por meio de estudo intensivo sobre um evento, visando identificar as variáveis a ele relacionadas, de forma a sugerir hipóteses para os fenômenos (SIGELMANN, 1984).

Dessa forma, esse percurso metodológico pareceu mais adequado aos objetivos do estudo em questão, pois por meio dela seria possível dar voz e ouvir os participantes, seus conceitos e valores acerca do que compõe o momento da avaliação pelo terapeuta ocupacional, dentro do processo de trabalho desse profissional nos diferentes equipamentos que tecem a teia da saúde mental do território.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Central Paulista (UNICEP) e aprovado sob protocolo n. 023/2011 e a coleta de dados somente foi iniciada após o parecer favorável ao projeto.

Os participantes deste estudo foram 13 terapeutas ocupacionais inseridos nos equipamentos de saúde

mental em uma região de saúde de um Departamento Regional de Saúde do Estado de São Paulo. Os critérios de inclusão para os participantes deste estudo foram: trabalhar no serviço há pelo menos 6 meses e exercer o papel institucional de técnico de nível superior (não estar envolvido com a gestão ou supervisão do serviço). Para manter o sigilo em relação à região, optou-se por identificá-la como Região Rosa. A região em questão foi escolhida para o estudo por possuir maior número de terapeutas ocupacionais contratados e em exercício e por apresentar maior diversidade de equipamentos nos diferentes níveis de complexidade.

A coleta de dados ocorreu por meio de: a) Ficha de identificação dos profissionais participantes, envolvendo informações como local de trabalho, aspectos da formação profissional, tempo de prática no equipamento, entre outros; b) Roteiro de entrevista, composto por 27 questões abertas e semiabertas, divididas em blocos temáticos (Contexto institucional, Processo de trabalho do terapeuta ocupacional, Processo de avaliação da Terapia Ocupacional, Políticas públicas de saúde mental e Facilidades, dificuldades e desafios). O roteiro foi elaborado a partir de revisão da literatura e validado por meio da avaliação de juízes especialistas e pesquisadores na área e aplicação de entrevista piloto para adequação do instrumento; c) Diário de campo, onde a pesquisadora pôde tomar nota de algumas situações encontradas nos equipamentos durante a realização da entrevista com os participantes e que auxiliaram, principalmente, na caracterização dos serviços.

As entrevistas aconteceram nos locais de trabalho dos participantes e foram gravadas em equipamento de áudio. As mesmas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora para análise posterior.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica da análise temática, de acordo com Bardin (2009), uma das técnicas que compõem a análise de conteúdo, o que possibilitou a identificação das categorias de análise. Essa pareceu ser a técnica mais adequada ao alcance dos objetivos do presente estudo.

Com base na descrição da técnica apresentada por Bardin (2009), foram seguidos alguns passos para a análise temática: leitura exaustiva das entrevistas, buscando uma apreensão global das mesmas; identificação dos temas presentes nos relatos dos participantes, utilizando-se os objetivos pré-estabelecidos como pano de fundo; e agregação dos temas, elaborando-se as categorias de análise. Foram identificadas quatro categorias de análise no estudo. Neste artigo, que é parte da pesquisa, apresenta-se uma dessas categorias que, pela complexidade dos resultados, foi dividida em cinco subcategorias.

3 Resultados e discussão

Antes de apresentar os resultados da análise temática, se faz necessário caracterizar os sujeitos do estudo e os serviços em que estão alocados.

3.1 Caracterização dos participantes do estudo

Os sujeitos participantes desta pesquisa são 13 terapeutas ocupacionais inseridos em equipamentos de saúde mental da Região Rosa de Saúde de um DRS do estado de São Paulo. A totalidade das participantes é do sexo feminino. Essa região tem oito municípios, os serviços de saúde mental de três deles contam com terapeutas ocupacionais. Os nomes dos municípios participantes desta pesquisa foram preservados, sendo identificados por Cidade R2, Cidade R5 e Cidade R6.

Optou-se por identificar o nível de complexidade dos serviços que compõem a rede de saúde mental da região de saúde em questão, entendendo-se que tal descrição é pertinente e traz dados significativos a respeito da composição da rede de cuidados em saúde mental local, assim como revela especificidades da atuação do terapeuta ocupacional, a depender do nível de complexidade da assistência fornecida e do foco de atuação da equipe, seja ela multiprofissional ou interdisciplinar.

O Quadro 1 apresenta os participantes da pesquisa e suas características individuais.

Ao todo, foram identificados nos serviços participantes 17 profissionais. Três foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão da pesquisa (dois por apresentarem tempo no serviço menor do que o indicado e um por assumir atividade de gestor na unidade) e um dos profissionais não aceitou o convite para participar. Dessa forma, 13 sujeitos participaram do estudo.

3.2 Caracterização dos serviços nos quais os profissionais estão alocados

A Região Rosa do DRS em questão é composta por um município de médio porte e outros de pequeno porte.

A inserção do terapeuta ocupacional nos diferentes serviços identificados nessa região de saúde aconteceu após a incrementação da rede de saúde mental, com serviços que substituíram a lógica manicomial. Para tanto, outros profissionais passaram a participar das práticas realizadas nos serviços, na perspectiva de uma clínica ampliada, centrada no sujeito e no

exercício de sua cidadania, o que justifica a formação de equipes multi ou interdisciplinares. O Quadro 2 mostra os equipamentos de saúde mental da região e o número de terapeutas ocupacionais.

3.3 Processo de avaliação do terapeuta ocupacional

O processo de avaliação do terapeuta ocupacional foi identificado como categoria central do presente estudo. Nessa categoria foram identificadas subcategorias que auxiliam na descrição e na discussão desse tema e influenciam, direta ou indiretamente,

a avaliação realizada pelo profissional do sujeito que o procura.

Aponta-se que os resultados identificados no presente estudo advêm do discurso dos terapeutas ocupacionais sobre sua prática.

Sendo assim, dos relatos dos sujeitos emergiram temas que foram agregados e apresentados a partir de categorias. Na presente categoria, processo de avaliação do terapeuta ocupacional, foram identificadas cinco subcategorias, as quais foram denominadas: Trabalho em equipe, Demandas para atendimento do terapeuta ocupacional, Avaliação do terapeuta ocupacional, Formas de atendimento

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos participantes da pesquisa.

Participante	Serviço	Idade (anos)	Tempo de formação (anos)	Tempo no serviço	Área da formação complementar
P1	UBS	24	3	10 meses	Saúde mental
P2	CAPS	39	16	11 anos	Grupo operativo
P3	CAPS	42	19	9 anos	Educação
P4	UBS	45	22	5 anos	--
P5	CAPS	27	3	11 meses	Neurologia adulto
P6	Ambulatório	27	5	9 meses	Hospitalar
P7	Ambulatório	45	24	8 anos	Reabilitação física
P8	Ambulatório	29	4	1 ano e 3 meses	Saúde mental
P9	Hospital psiquiátrico	51	30	18 anos	Paralisia cerebral
P10	Hospital psiquiátrico	29	3	2 anos e 10 meses	--
P11	NASF	25	3	10 meses	Saúde mental
P12	Ambulatório	32	9	7 anos	Saúde mental
P13	NASF	28	6	1 ano e 1 mês	Saúde mental

Fonte: elaborado pelo autor.

Quadro 2. Equipamentos de saúde mental da Região Rosa de saúde da DRS, com número de terapeutas ocupacionais.

CGR (Colegiado de Gestão Regional) Rosa	Quantidade de equipamentos/equipe mínima de saúde mental	Número de terapeutas ocupacionais
Cidade R1	Equipe em UBS	--
Cidade R2	Centro de Atenção à Criança	2
	Centro de Referência do Jovem e Adolescente	2
	Ambulatório de Saúde Mental Adulto	1
	CAPS II	2
	CAPS AD	2
	Equipes de NASF	2
Cidade R3	Hospital psiquiátrico	4
	Equipe em UBS	--
Cidade R4	Equipe em Centro Municipal de Saúde	--
Cidade R5	Equipe em UBS	1
Cidade R6	Equipe em UBS	1
Cidade R7	Equipe em UBS	--
Cidade R8	Profissional no Centro de Saúde	--
Total		17

Fonte: elaborado pelo autor.

do terapeuta ocupacional e Formação profissional, que serão exploradas a seguir.

3.3.1 Trabalho em equipe

De acordo com Thornicroft e Tansella (2010), mais do que em outras áreas da medicina, a saúde mental depende mais de recursos humanos do que de equipamentos tecnológicos. E, com a reorganização da rede de serviços não baseada na lógica hospitalocêntrica, novas atitudes da equipe são primordiais.

Para a identificação do formato das equipes, as quais os terapeutas ocupacionais integravam, foi utilizada a referência de Japiassu (2006) e, a partir das descrições realizadas pelas participantes, elas foram separadas entre multiprofissional, inter e transdisciplinar.

Frente à complexidade das situações a que equipes de saúde mental estão expostas cotidianamente, a inter e a transdisciplinaridade mostram-se abordagens indicadas, inclusive nas políticas públicas, para a produção de um cuidado preocupado com o indivíduo em sofrimento. Nesse cenário multifacetado, existe um compartilhamento entre as disciplinas que proporciona tratamentos mais efetivos para problemáticas cada vez mais complexas, embora saiba-se que colocar em prática esses tipos de abordagem e de organização do trabalho traz desafios e dilemas complexos para a equipe e para cada integrante.

Para Campos (2000, p. 220), existem o campo e o núcleo de práticas e saberes em saúde.

O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

Em experiências onde núcleo e campo convergem durante as ações, como nas experiências inter e transdisciplinares, existe uma preocupação com a perda da especificidade de cada disciplina.

Argumenta-se que a forma de organização da equipe em um serviço de saúde mental reflete a forma como os usuários serão recebidos nesses equipamentos e como serão cuidados em suas necessidades expressas aos profissionais.

Em situações de interdisciplinaridade, há uma experimentação de possibilidades de convergência entre campos de saberes diferenciados, com objetivo de produção de cuidado. Nessa experiência, o núcleo

profissional não fica perdido: é ele que sustenta a prática no campo de atuação. E se torna um desafio grande para as equipes, ao considerarem-se as especificidades inerentes às formações profissionais, o que permite questionamentos importantes sobre elas.

Levando-se em consideração a descrição das etapas do núcleo de trabalho do terapeuta ocupacional relatada por Creek (2002), ou seja, raciocínio clínico, avaliação, tratamento e avaliação dos resultados, foi possível identificar uma fragilidade das participantes em relação ao núcleo profissional da Terapia Ocupacional. Tal vulnerabilidade parece decorrer do desconhecimento acerca da própria profissão, por exemplo, do quanto se consegue justificar, dentro da própria instituição, o porque de estarem sendo realizados determinados procedimentos.

Foi identificada, na totalidade dos depoimentos das participantes, a importância que dão à existência do trabalho em equipe como ferramenta para o atendimento com qualidade. Em algumas situações, ele inclusive favorece o trabalho específico do terapeuta ocupacional, no que diz respeito à admissão do usuário ao serviço e às atividades para as quais será encaminhado.

Com relação ao trabalho em equipe, foram encontradas duas formas principais de organização. A primeira delas nos serviços ambulatoriais, onde o trabalho do profissional acontece de forma mais individualizada. No caso das equipes em unidades básicas de saúde, a individualização do profissional é ainda mais expressiva. As falas a seguir ilustram a situação identificada.

A gente sabe que tem a necessidade, óbvio de ter essa troca, de ter esse trabalho em equipe, mas acho que não está estruturado (P6).

Tem essas trocas sim entre os profissionais, né. Mas precisa melhorar bastante ainda (P12).

Talvez não é bem equipe, é uma reunião da instituição mesmo toda (P1).

As reuniões não têm acontecido. Porque assim, é... a enfermeira saiu de férias [...]. Então, deu uma parada (P4).

Como pode ser observado nos relatos das participantes, a atuação de forma mais individualizada ou disciplinar traz desafios para o trabalho compartilhado em equipe. A busca pelo integrante da equipe que divide com elas o cuidado dos usuários acaba ficando a critério da própria profissional.

Essa forma de atuação pode se refletir no processo terapêutico a que o usuário está exposto, visto que o trabalho individualizado não proporciona

um compartilhamento de ações e a proposição de modalidades assistenciais realmente preocupadas com as necessidades dos usuários.

A segunda forma foi identificada nos serviços substitutivos e de apoio matricial, onde o trabalho em equipe acontece de forma que as especialidades diluem-se no todo realizado, ou seja, de forma interdisciplinar. Os profissionais inseridos nessas modalidades de serviço não visualizam uma diferenciação significativa entre eles, embora o olhar da especificidade permaneça nas discussões. Como sinaliza Campos (2007 apud BENEVIDES et al., 2010, p. 132), “[...] trabalhar em equipe não significa abdicar das particularidades de cada profissão, mas utilizar a cogestão para assegurar saúde de qualidade para quem necessita.”

As reuniões de equipe servem inclusive para a tomada de decisões com relação à inserção ou não do usuário no serviço. As ações e decisões são compartilhadas por todos os integrantes da equipe, como se observa nas falas a seguir.

Tem discussão de caso, tudo interdisciplinar (P13).

Nem é multi, é interdisciplinar mesmo. As ações acabam ficando bem parecidas assim, né, pelo fato de estarmos na Atenção Básica e as duas serem profissionais de saúde mental (P11).

Por causa que tudo aqui é em equipe, [...]. Discute e elabora os projetos (P5).

Todo o projeto terapêutico é feito na equipe (P3).

A partir desses trechos é possível perceber o quanto as decisões compartilhadas em equipe perpassam as decisões dos núcleos profissionais. E, dessa forma, influenciam no processo de avaliação do terapeuta ocupacional, sendo esse profissional integrante da equipe, levando o seu raciocínio clínico para as discussões realizadas em grupo.

A elaboração dos projetos terapêuticos, ou seja, a proposta de um plano singular de atendimento para cada usuário é um momento de discussão entre todos os profissionais envolvidos e não apenas uma decisão individualizada de apenas um integrante da equipe. Assim, a avaliação é um processo coletivo, no qual os profissionais utilizam seus saberes para compor o encaminhamento mais adequado ao usuário. Nesse processo avaliativo, o terapeuta ocupacional contribui com sua especificidade, focalizando o fazer, o cotidiano e a inserção social dos sujeitos.

Percebe-se que a forma como o profissional está inserido na equipe influencia o momento da avaliação. Em uma equipe que trabalha de forma multiprofissional, a decisão quanto à avaliação e a

critérios de entrada ou não no serviço ocorrerá de forma individualizada. Já nas equipes aos moldes interdisciplinares, essa decisão é compartilhada pelos integrantes da equipe e o terapeuta ocupacional participa com aspectos de seu núcleo profissional.

3.3.2 Demandas para atendimento em Terapia Ocupacional

Dentre as demandas dos usuários identificadas como prioritárias para atendimento pelo terapeuta ocupacional observaram-se diversas nos relatos das participantes que envolvem atividades de vida diária, autonomia e independência, inserção social, ocupação e ociosidade e afetividade e cuidado. Essas demandas não estavam necessariamente relacionadas e diferenciadas pelo nível de complexidade dos serviços em que as participantes atuavam.

Segundo Creek (2002), no momento da avaliação inicial, alguns aspectos são valorizados, de forma a abranger o cliente e o ambiente. Porém, como sinaliza a autora, ainda que se tenha uma visão ampla do caso, isso não significa que seja possível acessar todos os aspectos funcionais do sujeito.

Os resultados do presente estudo mostraram que os aspectos afetivos dos usuários são muito valorizados no momento da avaliação inicial, como se pode observar nos depoimentos a seguir.

Acho que tem uma carência afetiva bastante grande, um rompimento com a vida produtiva, com papéis na família, conseguir ter uma rotina [...] e isso foi se quebrando com a questão do adoecimento (P12).

Eu acho que a necessidade é [de] atenção e afeto [...] todo mundo tem aquele estigma com a pessoa que acabou enlouquecendo (P10).

Alguns estudos, como os de Câmara e Pereira (2010) e Souza, Baptista e Alves (2008), abordam o afeto como uma necessidade de qualquer sujeito para seu pleno desenvolvimento como indivíduo. Quando privado de demonstrações de afeto, as manifestações psicossintomáticas de estresse, de morte, de desconfiança, entre outros, podem aumentar. Assim, a necessidade de afeto está entre os aspectos que a pessoa com problemas de saúde mental pode demandar. A demanda afetiva é algo experimentado também no ambiente familiar, ainda segundo os mesmos autores, por ele manifestar-se de forma frágil e, por vezes, estar ausente.

Como coloca Campos (2001), a complexidade das demandas trazidas aos serviços de saúde mental exige uma articulação do trabalho entre os profissionais

para tentar-se dar conta de cuidar das pessoas e não apenas de seus sintomas.

O terapeuta ocupacional, então, preocupado com os afetos presentes na relação com seus usuários, deve se articular de maneira fluida com a política de humanização, eixo norteador das políticas recentes de saúde mental. O cuidado realizado a partir do afeto, da atenção à pessoa e não à sua doença, não descarta a técnica presente em sua prática, ou seja, podem coexistir. De acordo com Ayres (2004), a coexistência entre o afeto e a técnica é possível e inclusive desejável.

Também identificaram-se nos relatos das participantes questões relacionadas com a vida diária como necessidades importantes dos usuários que procuram os serviços.

A maior necessidade é a higienização deles, que era péssima (P9).

Tem muitos pacientes que precisam desde o autocuidado, que você precisa trabalhar, né? As atividades de vida diária, outros não! (P2).

A partir desses relatos é possível identificar a íntima ligação que as profissionais e os serviços fazem entre as atividades diárias e a Terapia Ocupacional. As AVD compreendem desde as atividades fundamentais para a sobrevivência até os aspectos mais complexos do cuidado pessoal e da vida de forma independente (HAGEDORN, 1999) e estão intimamente relacionadas com o cotidiano das pessoas e seus hábitos.

A inserção social e a socialização/interação também aparecem como necessidades a serem trabalhadas não somente pelo terapeuta ocupacional mas como meta para os atuais serviços de saúde mental, dentro das novas perspectivas de atenção e cuidado.

O maior desafio hoje no CAPS é trabalhar mesmo a questão da reinserção social (P2).

[...] que a TO vê é trabalhar essa pessoa pra inclusão social (P3).

No caso, é tentar incluir, integrá-los novamente à sociedade (P4).

[...] uma pessoa teve uma depressão e agora... muito grave, e agora tá voltando e precisa reinserir (P11).

Então a gente tenta incluir essa pessoa nos serviços na comunidade, integrá-la mesmo ali (P12).

Então eu vejo como isso, como uma outra terapêutica, mas que possa facilitar essa comunicação, essa expressão, essa socialização com os outros adolescentes (P6).

Autores como Benetton (2006) compreendem que o objetivo final da Terapia Ocupacional é a inserção social, mediada pela construção de um cotidiano investido pela realização de atividades com o terapeuta ocupacional. E tornar o sujeito potente para a vida em sociedade é premissa para a profissão. Muitos serviços de saúde mental hoje também trabalham a partir dessa perspectiva, o que se revela como algo positivo.

A ociosidade é reconhecida como uma demanda a ser explorada pelo terapeuta ocupacional, observada principalmente pelos demais membros da equipe.

[...] eles ficam muito tempo ociosos. E sem interação (P1).

[...] eu to percebendo que esse paciente tá muito ocioso, ele não tá conseguindo fazer as suas atividades (P4).

Ah, ela não está fazendo mais nada, vamos mandar pra TO! (P12).

Relacionar a Terapia Ocupacional à ocupação ao mesmo tempo em que traz consigo uma conotação pejorativa requer a consideração de que as ocupações são foco da Terapia Ocupacional quando pensadas em cotidianos ativos e significativos para as pessoas. Porém ainda se configura como aspecto que necessita ser explorado, principalmente junto às equipes, de forma que o papel do terapeuta ocupacional não se confunda com a identificação de ocupação para o sujeito. Esse é um ponto importante observado pela equipe, via senso comum, de indicação para TO, e precisaria ser melhor qualificado.

Um recente estudo investigou a visão de médicos psiquiatras a respeito da atuação do terapeuta ocupacional em ambulatorios de saúde mental em uma cidade do interior de São Paulo. Nele foi observado que ainda prevalece a visão de que a “Terapia Ocupacional ‘ocupa’ os pacientes e os coloca para trabalhar” (PEREIRINHA; BIANCHIN; CARVALHO, 2011, p. 12). É fundamental que os terapeutas ocupacionais se empenhem em modificar essa compreensão, tanto do ponto de vista da prática no cotidiano dos serviços como do ponto de vista teórico, por meio da realização de estudos na investigação dessa questão.

Alguns relatos identificaram o desempenho na realização das atividades, os hábitos, a rotina e o cotidiano como demandas específicas para o terapeuta ocupacional.

[...] talvez a possibilitar a ter mais vivências dentro da vida, da rotina dele mesmo, pra ele poder ter um amadurecimento (P6).

É uma pessoa que tá sem... com o mínimo das suas funções do cotidiano, do seu dia a dia, descharacterizadas, ahn... ahn... [apresenta] mesmo uma necessidade de ter uma rotina, de estabelecer um hábito (P3).

Eu sempre, nas avaliações, costumo conversar bastante sobre a questão da rotina, de hábitos, de vida prática e é aonde você vê mesmo as perdas. E eu acho que quando teve muito perda em rotina, em cotidiano, né, eu acho que é por aí que eu [...] (P12).

De acordo com as participantes, os outros profissionais que compõem as diversas equipes identificam circunstâncias em que a intervenção da TO se faz necessária, como nível de cronicidade, dificuldade na verbalização, depressão, necessidade de ocupação e estereotípias. Uma das participantes identificou a não existência de encaminhamentos de outros profissionais para a Terapia Ocupacional. Os relatos abaixo explicitam esses resultados.

Esse é pra TO? [risos] Quando ele é bem esquisito! Como dizem os outros profissionais daqui (P8).

O que eu percebo também na equipe... naquele paciente que tem uma dificuldade maior na verbalização, né? Aquele paciente também um pouco mais cronificado, então ele [...] isso também acaba sendo critério mais... pra trabalhar com a Terapia Ocupacional [...] (P2).

Quando questionadas sobre os indivíduos que devem receber o atendimento em Terapia Ocupacional a partir dessas demandas identificadas, algumas falas sinalizam que a maioria ou até a totalidade dos sujeitos por elas atendidos são sujeitos potenciais para o atendimento da terapeuta ocupacional, como mostram os depoimentos a seguir.

Nunca teve nenhuma criança que tivesse sido encaminhada que não tivesse precisado do atendimento (P7).

E... porque na verdade muitas... a TO é muito metida, né. Assim, tudo ela quer resolver... não é? Então é difícil. Eu até brinco com as meninas. É difícil paciente que elas encaminham e não [fica] [...] (P7).

Que eu acho que a maioria aqui... a Terapia Ocupacional é benéfica, entendeu? (P2).

Uma participante identificou um perfil para o atendimento de Terapia Ocupacional que aborda aspectos elegíveis para a entrada dos usuários nos serviços. Esses resultados são demonstrados nos relatos a seguir.

No caso, o paciente vindo pra cá, aí assim... vamos supor, um outro profissional encaminha pra cá, olha eu acho que esse paciente seria interessante fazer Terapia Ocupacional, acho que tem perfil de Terapia Ocupacional, aí eu vô tá avaliando e vendo se ele é realmente perfil pra cá. Assim, tá? (P4).

Adolescentes com déficit cognitivo, intelectual que têm dificuldade na aprendizagem, em diversas atividades do dia a dia dele, acho que é assim. No geral são esses mesmos. É difícil falar num perfil, mas assim abrangendo tudo (P6).

Observa-se que o perfil identificado para o atendimento de Terapia Ocupacional se relaciona a necessidades cognitivas e à estruturação do cotidiano. Para Creek (2002), qualquer sujeito com problemas e dificuldades em seu fazer é e pode ser um cliente potencial para o atendimento do terapeuta ocupacional.

Considerando a colocação da autora, compreende-se a dificuldade de as participantes definirem um perfil específico para o atendimento de Terapia Ocupacional uma vez que as pessoas encaminhadas para esse profissional provavelmente apresentam dificuldades em seu cotidiano. Essa situação gera inclusive um desafio a ser abordado: caso haja uma superlotação dos serviços e, muito provavelmente, por se tratarem de pessoas com transtorno mental em situação crônica, não haverá um processo de alta breve.

A população alvo da Terapia Ocupacional é aquela que vive uma posição e uma problemática de exclusão social intensa, muitas vezes desgarrada da rede social. O sujeito alvo está colocado à margem de um cotidiano pessoal e/ou social (BENETTON, 2006). É com essa exclusão social que a Terapia Ocupacional lida no dia a dia do processo terapêutico nos serviços, rodeada por sujeitos com inúmeras dificuldades.

Assim, nessa subcategoria os dados revelam que as demandas levantadas pelas participantes como primordiais e que aparecem no encontro terapeuta-usuário no momento da avaliação são diversas e estão próximas do que a literatura aponta como aspectos a serem levados em consideração durante o processo de avaliação do terapeuta ocupacional. Algumas demandas identificadas nas falas das participantes ainda estão carregadas de estigmas históricos da profissão.

Uma reflexão importante seria acerca da identificação das demandas trazidas pelos usuários e sua valorização no momento da inclusão e oferta de uma ou outra modalidade assistencial no serviço.

Nem sempre essas necessidades são levadas em conta e vê-se uma oferta de modalidades já existentes no serviço, as quais nem sempre atendem ao que a pessoa realmente precisa. Ainda, há formas de realizar essa aproximação com tais demandas, fase do processo que será abordada na próxima subcategoria.

3.3.3 Avaliação da Terapia Ocupacional

A partir das demandas identificadas pelas participantes como prioritárias ao atendimento do terapeuta ocupacional, emergiram nas falas das profissionais algumas formas de avaliação dessas necessidades por elas que serão elucidadas a seguir por meio de trechos extraídos dos relatos.

Para que a discussão inicie-se, recorremos aos pressupostos de Hagedorn (1999). A autora entende que o processo de Terapia Ocupacional refere-se à sequência de ações realizadas pelo terapeuta ocupacional para tratar um paciente. E esse processo envolve algumas etapas por ela identificadas como: coleta de informações sobre o paciente e sua situação; avaliação dessas informações; definição dos objetivos da terapia; estabelecimento de prioridades para a ação; escolha da ação necessária e sua implementação; e avaliação dos resultados alcançados.

Para a autora,

[...] a avaliação inicial deve ser vista como um meio para atingir um fim e pode ser formal ou informal, pode ser utilizada uma única vez ou sequencialmente, e pode utilizar uma larga variedade de técnicas. (HAGEDORN, 1999, p. 36).

A denominação desse momento nas entrevistas realizadas se deu por diversas palavras, dentre elas: anamnese, triagem, avaliação inicial ou acolhimento, a depender do local onde a profissional estava alocada ou mesmo de como ela entendia esse elemento do seu processo de trabalho.

Para Hagedorn (1999), a avaliação envolve técnicas, incluindo métodos formais e informais, estruturados e não estruturados para se obter informações, negociar objetivos ou avaliar andamento de uma ação.

Uma definição de anamnese apontada por Santos, Veiga e Andrade (2011) refere ser ela a primeira fase do processo que permite ao profissional de saúde, por meio da coleta de dados, identificar problemas, determinar diagnósticos, planejar e implementar sua intervenção. Já uma definição do dicionário Rocha (1996) conceitua triagem como seleção e escolha.

O acolhimento, tema amplamente abordado atualmente pelos estudos a respeito da Atenção Básica, é definido por Campos et al. (2008) e usado como uma estratégia de organização da Atenção Primária. Essa definição trata da forma de acolher e ouvir, diferentemente de triar, os sujeitos em suas necessidades, no momento em que demandam e que pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber tais demandas.

Os relatos a seguir evidenciam essa variedade de denominação utilizada para identificar o momento do contato inicial do profissional com o indivíduo e suas necessidades.

Então assim, tem a triagem... ela na verdade, assim, todos os pacientes que chegam aqui, eles não vão chegar já pra TO atender. Então, assim, geralmente [se] faz uma avaliação, quem faz isso é a enfermeira ou a assistente social ou se já vem encaminhamento da UBS pra psicólogo, então a psicóloga faz essa primeira triagem. [...] Então eu tenho um horário por semana pra triagem (P6).

O critério no caso, assim... eu realizo, né, uma avaliação, e vejo se a pessoa, a criança, né... vem o encaminhamento pra cá, aí a partir desse encaminhamento eu vou avaliar e realmente ver se esta criança tem perfil pra grupo ou pra individual (P4).

E aí a gente acaba incluindo, nem que seja por um tempo de acolhimento ou por um tempo de uma avaliação maior, de mais ou menos um mês, pra que a gente tenha uma segurança maior de reiniciar o tratamento ou encaminhar pra outro serviço (P3).

Ele é encaminhado para os grupos de acolhimento, [...] passa três vezes no grupo de acolhimento, né? E se de fato ele aderir a esse grupo, é agendada depois do terceiro grupo uma triagem (P5).

Em serviços substitutivos, notou-se, como mostram os relatos anteriores, que a avaliação é realizada pela equipe por meio de grupos de acolhimento ou momentos de acolhimento não específico do terapeuta ocupacional. Em serviços ambulatoriais e hospitalares, a avaliação é realizada dentro da especificidade de cada profissional, a partir desse primeiro encontro.

Em relação às demandas específicas para o atendimento em Terapia Ocupacional, as participantes do presente estudo citaram as áreas de desempenho; a rotina, os hábitos e o cotidiano; os aspectos cognitivos; a organização e interesses; as atividades de vida diária e instrumentais, entre os aspectos avaliados pelos terapeutas ocupacionais na saúde mental.

O depoimento a seguir mostra esse aspecto.

Então de AVD, de cuidados, de autonomia, de independência, esqueci de falar essa parte. Mas é... essas coisas quando eu falo de cotidiano, de rotina, é isso daí. O que que ele tá dando conta da própria vida. Então, é isso que eu chamei de cotidiano. Então, eu avalio essas questões [a] que normalmente os outros profissionais não [...] atentam muito [...] (P12).

Com relação ao uso de protocolos estruturados para avaliação do usuário nos serviços de saúde mental, a totalidade das participantes não faz uso de instrumento estruturado específico de Terapia Ocupacional, como mostram os relatos a seguir.

Mas protocolo eu acabo usando só pra demência mesmo (P11).

Eu não tenho nenhum protocolo, eu pego ali um pouco de tudo que eu já tive um pouco de experiência e tento avaliar. [...] Não uso, não uso [protocolos] (P6).

Eu não tenho nenhum roteiro, eu faço na hora (P9).

É uma coisa que assim, existe, né, a avaliação, mas ela não é [...] formal [...]. Acho que até é interessante a gente pensar nisso [...] (P2).

O uso de instrumentos padronizados para avaliação das necessidades do usuário inclusive foi identificado como assustador, pela possibilidade de criar atritos e dificuldades na relação com a equipe, como relatado por uma das participantes.

Faz um ano e meio que eu já me organizei aqui. [...] vamos fazer um protocolo, acho que isso assusta um pouco. Assim né, devagarinho a gente vai pondo um pouco as ideias novas (P8).

Por esse motivo, uma grande parte das profissionais acabou por elaborar, algumas em conjunto com a equipe, outras não, um roteiro para avaliação inicial desses usuários, para aplicação no momento da chegada ao atendimento, como mostram os relatos a seguir.

A triagem é uma avaliação estruturada pela equipe (P5).

Eu acabei fazendo a minha avaliação. Então vou colocando os itens que acho que são mais importantes (P4).

Olha, eu até tenho uma avaliação de TO que no início eu fiz [...]. (P12).

Eu não gosto muito de avaliar, de seguir roteiro (P4).

Estudos como o de Dornerlas e Galvão (2007) indicam que grande parte dos terapeutas ocupacionais realiza a avaliação inicial de maneira informal, por meio da observação e de conversas durante os primeiros encontros, o que permite ao profissional aproximar-se das dificuldades, das necessidades e das potencialidades desse sujeito.

A não utilização de instrumentos padronizados para a realização da avaliação do usuário não significa distanciamento das técnicas e tecnologias para o exercício profissional. No contexto da pesquisa ficou evidente que essa prática está relacionada tanto à informalidade das ações dos profissionais dentro das equipes como à informalidade do processo de escutar e receber o sujeito desejante e necessitado de Terapia Ocupacional. No entanto, cabe ressaltar a importância dessa informalidade na práxis desse profissional, já que se lida muitas vezes com demandas não mensuráveis do cotidiano dos sujeitos.

A compreensão dessa etapa do processo de trabalho do terapeuta ocupacional, a avaliação do usuário, foi identificada como forma de conhecer o usuário, traçar objetivos para o plano de tratamento, como forma de iniciar o vínculo, como lógica de encaminhamento, sendo que a totalidade dos relatos sinaliza a importância desse momento para qualquer início de processo terapêutico, como mostram os depoimentos a seguir.

[...] [pausa] eu acho que é o momento pra gente conhecer esse paciente. Não dá pra falar que é só na avaliação, porque a gente vem conhecendo esse paciente ao longo dos atendimentos, do vínculo. Mas eu acho que é um momento muito importante pra gente já iniciar um vínculo. Acho que se a gente não acolher bem essa pessoa, né... Eu acho que, na saúde mental, a maioria chega com essa necessidade de ser ouvido. Então você precisa ali estar atento, aberto pra ouvir, pra acolher mesmo. Porque muitas vezes eles precisam, né, eles não conseguiram ser ouvidos até chegar lá, né. E pra conhecer mesmo quem é essa pessoa, esse perfil, conseguir tirar dali algumas diretrizes pro atendimento. Então eu acho que é um momento único ali pra gente conseguir identificar um monte de coisas (P12).

O momento de avaliação, nossa, acho que é muito importante, uns dos mais importantes. Principalmente pra saber se a gente vai dar conta de ficar com esse usuário aqui ou se a gente vai encaminhar. Geralmente, quando chega pro NASF é porque o pepino já tá um pouco maior. Então a maior parte a gente encaminha mesmo. Mas acho que o momento da avaliação é o momento de você descobrir a demanda, de você descobrir

por que o paciente tá ali, o que que tem muitas vezes por trás do que já foi construído desse estigma, que a equipe já fez, ou que é... o que até o próprio usuário já fez sobre ele mesmo. Então é um momento... é um momento curto, né, mas é um momento da gente tentar desvendar aí e o que que acontece e em que que a gente pode tentar ajudar (P11).

Estas colocações corroboram os estudos de Creek (2002). Para a autora, a avaliação inicial tem quatro funções: é a oportunidade de o terapeuta julgar se a pessoa se beneficiará ou não do processo de Terapia Ocupacional, é o início da formação do vínculo com o usuário e identificação dos interesses do cliente, é o momento de fornecer uma fotografia geral das habilidades funcionais do cliente e, por último, é a produção de uma base de dados. Dados esses que estão ligados à identificação dos principais problemas e pontos positivos, determinação dos objetivos da intervenção e à sugestão de estratégias e métodos adequados para alcançar esses objetivos.

3.3.4 Formas de atendimento do terapeuta ocupacional

Foi apontado pelas terapeutas ocupacionais que, tendo realizado a avaliação do usuário nos serviços de saúde mental em questão, o profissional faz a tomada de decisão a respeito de quais modalidades assistenciais serão oferecidas ao usuário, dentro das necessidades expressas, ou se ele será encaminhado para outro serviço. Como já abordado, essa decisão, a depender do serviço em que o profissional esteja, é realizada individualmente ou em equipe.

O que se percebe nos serviços de saúde mental é que existem atividades que já são parte da rotina institucional. Muitas vezes o usuário chega ao equipamento, realiza a avaliação e é encaminhado para participação em atividades que já existem. Sustenta-se que a função de uma avaliação é oferecer instrumentos ao profissional para a tomada de decisão frente às necessidades expostas pelo sujeito e percebidas pelo profissional, para o cuidado e inclusão da pessoa em modalidades assistenciais de cuidado. Argumenta-se que, às vezes, os serviços precisam criar novas atividades que atendam às novas demandas que os sujeitos apresentam.

A inclusão da pessoa em serviços a partir da inserção em atividades já existentes na instituição foi visualizada, mostrando a não existência de modalidades assistenciais que atendam necessariamente à demanda que o sujeito apresenta ao profissional no momento da entrada no equipamento.

Esse fator pode acabar não atendendo às necessidades específicas de cuidado da pessoa que se apresenta ao profissional.

Foram descritas algumas formas de atendimento do terapeuta ocupacional, como mostram os relatos a seguir.

Porque [...] nossa função é dar apoio, e não atender (P11).

Mas o processo de TO individual eu não tenho não, com nenhum (P10).

A gente então tem os atendimentos individuais, na maior parte do meu tempo aqui (P6).

Eles [outros profissionais] acabam relacionando mais o trabalho do terapeuta ocupacional às oficinas mesmo, né? (P5).

Eu me vejo como um técnico de referência também dessa pessoa. Então acabo... quando esse paciente não é... eu vou discutir com a referência, vou colocar minha opinião não apenas como uma terapeuta ocupacional e sim como uma profissional do CAPS, como uma profissional da saúde mental (P3).

A depender do tipo de serviço em que o profissional está inserido, as formas de estar com o usuário e com a equipe podem mudar. Como salientam os relatos anteriores, elas podem se dar por meio do apoio matricial, da assistência em si, de ser profissional de referência, da realização de oficinas terapêuticas. Além disso, o terapeuta ocupacional também pode assumir a coordenação dos serviços. No caso desta pesquisa, essa forma não foi abordada, entendendo-se que, para compreender o processo de avaliação, estar na gerência do serviço distanciaria o profissional dessa prática.

Nos equipamentos em que a lógica de trabalho é identificada como interdisciplinar, as principais formas de atendimento do terapeuta ocupacional envolvem grupos de atividades e oficinas terapêuticas, podendo ser essas atividades desenvolvidas em corresponsabilidade com outros profissionais, como mostram os depoimentos a seguir.

Então eu tenho, por exemplo, um grupo com alguém. Que sou eu que coordeno, claro que às vezes eu coordeno e tem uma psicóloga junto. Tem outros que eu tô junto, mas a psicóloga que coordena, e eu tô como coordenadora, né, vamos dizer assim. Então, e... Ai, no caso, por exemplo, que a gente fica mais à frente são as oficinas, né... grupos de atividade, ah... qual outra coisa? Na triagem, que a gente faz, aí, num grupo terapêutico, que a psicóloga que coordena, mas a gente participa, né? E... (P2).

Porque, o resto da equipe, eles já até têm uma visão de que o que se faz nas oficinas é atendimento de TO. É engraçado, porque inclusive a gente tem oficina que nem TO não tem, né? Tem algumas oficinas que eu não participo nem a A. [terapeuta ocupacional]. A gente tem algumas enfermeiras que são bastante habilidosas assim, né? Então a gente tem oficina que é conduzida pela enfermagem e pela assistência social. Mas elas acabam falando: aí, é... Oficina de TO, né? Mas não tem TO na oficina. Então elas têm essa ideia de que realizou atividade é Terapia Ocupacional, mesmo que não tenha uma terapeuta ocupacional no local (P5).

As profissionais que compõem as equipes nas unidades básicas e, em sua maioria, os atendimentos ambulatoriais realizam atendimentos aos usuários em formato individual.

Os grupos, em alguns equipamentos, são estratégias para aumento considerável do número de atendimentos semanais dos profissionais, sugeridos pelos gestores como forma de avolumar os procedimentos realizados.

Uma coisa ruim, mas que acabou sendo boa porque aí virou meio que uma obrigatoriedade, porque a partir do momento que eram atendidas cinco crianças por dia, passaram a ser atendidas 25, às vezes, porque faziam grupos e isso mudou muito. E aí a cara do serviço hoje é outra. Só que fica realmente em atendimento individual quem precisa mesmo do atendimento individual (P7).

Os atendimentos em grupo são o grande foco dos terapeutas ocupacionais, como sinaliza a fala a seguir selecionada.

Ainda mais que eu vejo que eles não estão acostumados com atendimento em grupo e o que a gente pode mais oferecer é atendimento em grupo, que não tem profissional suficiente pra toda a demanda. Então eu vejo a questão da atividade e do fazer, principalmente na demanda principal que eu te falei que são mulheres, do lar, que se sentem sozinhas, que não têm muitas vezes ocupações, um processo que facilita essa comunicação, esse vínculo, que eles já não gostam [...] (P13).

Na maioria dos serviços substitutivos, existem espaços para grupos, sejam eles de verbalização, de Terapia Ocupacional, de trabalho corporal. O cuidado que se deve tomar é para que, caso os profissionais que os realizem percam a clareza dos objetivos do grupo, eles não se tornem espaços banalizados, sua justificativa passe a ser somente o número de atendimentos, que é maior do que se os

usuários fossem atendidos individualmente, não se permitindo que a singularidade dos casos degrade-se (CAMPOS, 2001).

É no momento da avaliação inicial que as demandas para atendimento começam a aparecer na relação terapeuta-usuário. E é com essas necessidades, específicas do terapeuta ocupacional e de seu conhecimento a respeito da realização da avaliação do sujeito, que acontece a tomada de decisão a respeito de qual seria a melhor forma de cuidar de tais demandas, que começaram a emergir nesse contato.

Como foi abordado, nem sempre a decisão sobre as opções de tratamento perpassa apenas o campo da TO, mas também é influenciada por demandas institucionais como, por exemplo, volume de atendimentos exigido por alguns gestores.

De acordo com Creek (2002), os aspectos do indivíduo que podem ser acessados em uma avaliação do terapeuta ocupacional são: habilidades, pontos fortes e interesses; áreas de disfunção; saldo de atividades de vida diária; mudanças ocorridas nas ocupações; potencial para mudança e motivação/volição. Nesse quesito, especificamente, os pontos acessados pelo profissional vão além da sinalização e intervenção apenas nos sintomas clínicos, abordando também aspectos relacionados à funcionalidade.

Dessa forma, sustenta-se que, após a avaliação inicial, o terapeuta ocupacional possui em mãos um mapa das reais necessidades do indivíduo e deve elaborar seu plano de intervenção elegendo ações, individuais ou grupais, que atendam às demandas identificadas, intervindo de fato nas funções da vida cotidiana do atendido.

Uma questão importante que se coloca é: frente às demandas do usuário acessadas pelo profissional no momento da avaliação, a forma de atendimento oferecida está respondendo a elas ou apenas cumprindo indicações institucionais?

Vale ressaltar que a fase do tratamento no processo de trabalho do terapeuta ocupacional não foi alvo deste estudo, portanto não foi aprofundada.

3.3.5 Formação profissional

A formação profissional foi um aspecto abordado pelas participantes como fator que influencia a forma como o profissional realiza o processo de avaliação dos usuários, principalmente no caso dos profissionais iniciantes.

A parte prática da formação profissional, ou seja, os estágios supervisionados e as disciplinas aplicadas foram identificados pelas participantes como os

momentos do desenvolvimento profissional em que a avaliação é abordada e solidificada na formação, como ilustrado nas falas a seguir.

Assim, na faculdade, em relação a tudo. Área física, a saúde mental... acho que tudo isso contribuiu e muito, né [...] porque, assim, eu passei por várias experiências, tanto em saúde mental como em área física, até mais saúde mental do que área física. Então todas essas experiências aí, nesse momento, acho que contribuíram muito pra que eu pudesse construir esse processo de avaliação com os pacientes e acho que me prepararam para isso (P4).

[...] a parte teórica, o conteúdo teórico, mas acho que auxiliado... junto com o... com a questão da prática supervisionada mesmo. Que a hora que realmente tem [...] têm algumas coisas que ficam, né. Que às vezes é... eu tive um professor em especial muito bom da parte de laboratório, que fazia uma avaliação muito legal. Então têm coisas que até hoje eu lembro dele fazendo (P7).

A formação generalista do profissional terapeuta ocupacional foi apontada pelas participantes tanto como positiva como negativa, influenciando na realização da avaliação de um usuário.

Como TO tem muitas áreas, né, a gente pode atuar em um monte, tem um leque, tem uma gama. Então eu acho que principalmente a formação universitária, ela nos mostra vários caminhos, mas ela não especifica nenhum. A gente tem... não é uma pincelada, a gente tem uma parcela de cada especialidade. Então, ao mesmo tempo que isso pode ajudar, isso pode atrapalhar. E eu acho que nós somos muito formados para clínica (P12).

Eu acho que a TO, sempre achei, que a TO é uma profissão muito generalista, né. Acho que nada é específico, pelo menos na minha formação, nada a gente focou muito. É sempre muito generalista [...] (P13).

A formação generalista capacita o profissional para atuar em diversas áreas, mas ao mesmo tempo permite pouco aprofundamento na especificidade de cada área de atuação. Argumenta-se que esse fator pode repercutir no uso de instrumentos padronizados de avaliação ou mesmo em um modelo de avaliação mais sistematizado, advindo de linhas específicas de formação às quais as participantes se referem. Ou seja, a formação generalista pode acarretar falta de preparo na utilização de instrumentos ou modelos de avaliação de áreas específicas.

Por outro lado, para cuidar de demandas cada vez mais subjetivadas, como a clínica substitutiva propõe

(CAMPOS, 2001), a formação superespecializada fica estreita e tenciona as barreiras disciplinares.

É na especialização/educação continuada que o terapeuta ocupacional pode aprofundar seus conhecimentos e especificar sua formação. Isso ficou evidente em alguns relatos.

Só [na] pós-formação que a gente acaba tendo uma preferência (P13).

Olha, eu acho que grande parte da minha bagagem pra avaliação é do... eu aprendi no aprimoramento. [...] Então, eu acho que era um processo de avaliação bem detalhado, [em] que eu aprendi a observar muita coisa (P11).

Aí eu fui atrás da especialização, de conhecer melhor a área, porque, lógico, a gente tem as práticas, mas não era o meu foco. Então acho que foi mais na especialização mesmo. No trabalho, na prática, de lá, logo depois de entrar no ambulatório, uns oito meses depois eu entrei aqui. Então, aí, buscando mesmo com a prática e com a especialização (P12).

Esse é o momento de especialização do profissional, momento de escolha da especificidade do caminho que irá seguir na área de atuação eleita, seja em aprimoramentos, aperfeiçoamentos, especializações, mestrado ou doutorado.

Observa-se no Quadro 1 que, das 13 participantes do estudo, 10 realizaram formação complementar em áreas específicas. Pontua-se que a formação “Grupo operativo” não se caracteriza como formação complementar em área específica, apesar de a participante ter identificado como área de formação. Embora apenas metade das profissionais tenha realizado a sua formação complementar na área de saúde mental, os dados em relação à formação complementar indicam que a formação generalista parece não contemplar as necessidades da prática profissional. Dessas 10 profissionais, três apresentam longo tempo de formação e apesar de atuarem na área de saúde mental por tempo considerável, realizaram a formação complementar em outra área.

Algumas lacunas durante a graduação foram levantadas como tendo influenciado a forma como o profissional age durante o processo de avaliação, como elucidado a seguir.

Eu acho que, na graduação, a gente acaba tendo muita falha. Eu acabei tendo, assim, porque é a inexperiência, poucos pacientes, enfim. Mais teoria, pouca prática. Então acho que isso, essa bagagem, eu tive no aprimoramento (P11).

Há algumas hipóteses que podem explicar essas lacunas. Argumenta-se que a mais significativa

se refere ao fato de a prática profissional ficar restrita, na maioria dos cursos, somente aos estágios supervisionados. No entanto, aponta-se também que pode não ocorrer o aprofundamento de questões teóricas de forma suficiente. Uma tendência atual na formação de profissionais da saúde é o uso de metodologias ativas de aprendizagem, em que o estudante é inserido desde os primeiros anos em eixos da prática, onde vivencia o contato com o paciente desde o início de sua formação (UNIVERSIDADE..., 2007). É possível que essa estratégia responda à demanda trazida pelas participantes com relação à prática profissional.

A capacitação/atualização do profissional já formado e inserido em algum serviço foi um ponto levantado como importante, já que qualifica o profissional para sua prática.

O limite pessoal do profissional foi abordado, no que diz respeito não à formação, mas à limitação pessoal frente aos desafios de avaliação de um usuário ou mesmo à atuação em diferentes áreas, como a saúde mental ou a física, como expresso na fala a seguir.

[...] *eu vou ser muito sincera com você. Eu venho de uma área, né, que não tem nada a ver com saúde mental e nunca gostei de saúde mental, nunca pensei em trabalhar em saúde mental, desde os primeiros anos de faculdade eu sempre gostei de reabilitação física, de saúde física. Nunca me interessei por nada que pudesse ser feito na saúde mental, então, acho que por ironia do destino, né (P5).*

O trabalho em outra área de atuação que não a escolhida pelo profissional desde sua formação inicial pode ser comprometido, caso o profissional não tenha experiência requerida para o exercício do cargo. E, nesse sentido, o profissional pode passar por um sofrimento, como discute Gomes (2009, p. 42), a angústia de “nada saber”. Essa insegurança pode repercutir no atendimento, na produção de saúde ao usuário e na própria produção de saúde do trabalhador.

Esse profissional ainda pode aprender mais sobre a atuação específica em áreas afins, mas o esforço deve ser grande e de aprendizado. E, como evidenciado na fala anterior, é possível que essa situação aconteça e que influencie na prática profissional.

4 Considerações finais

Foi possível perceber que a totalidade das profissionais participantes desta pesquisa compreende essa fase do processo de trabalho, a avaliação inicial, como de extrema necessidade para início do processo

terapêutico, para fortalecimento do vínculo com o usuário e como possibilidade de conhecer as demandas dessa pessoa que, por necessidade, procura o terapeuta ocupacional.

A grande maioria dessas profissionais elaborou instrumentos e formas de avaliação para os locais em que se inseriram, seja na atenção básica, ambulatorial ou hospitalar, não utilizando instrumentos já validados para uso no país. A elaboração desses instrumentos se justifica pela necessidade da criação de roteiros que avaliassem as especificidades das demandas dos sujeitos que chegam para atendimento em seu cenário de atuação.

Pôde-se perceber que a população atendida pela Terapia Ocupacional é, em sua maioria, composta por pessoas com transtornos mentais crônicos e, principalmente, com dificuldades na realização das atividades de vida diária.

No que diz respeito à formação profissional, capacitações realizadas após a graduação, sejam elas aprimoramentos, residências profissionais ou especializações, foram identificadas como sendo potenciais e cruciais para o exercício da prática profissional, incluindo a realização da avaliação no processo terapêutico. Tal aspecto sinaliza a importância de investimento na formação, ainda na graduação, para essa etapa do processo de trabalho, ainda que a prática seja a principal forma de ganho de experiência profissional para a realização de tal procedimento. O trabalho em outra área de atuação que não a escolhida pelo profissional foi descrito como aspecto que interfere na realização da avaliação.

Assim, considera-se que este estudo pôde favorecer uma aproximação com relação à avaliação inicial, parte do processo de trabalho do terapeuta ocupacional profissional da região de saúde em questão, e da forma como realizam suas práticas.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BENETTON, M. J. *Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia ocupacional*. Campinas: Arte Brasil Editora, UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.
- BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14,

- n. 32, p. 127-38, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>
- CÂMARA, M. C.; PEREIRA, M. A. O. Percepções de transtorno mental de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 730-7, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400017>
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
- CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.
- CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 132-153.
- CHAVES, G. F. S. et al. Escalas de avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 240-246, 2010. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p240-246>
- CREEK, J. *Occupational Therapy and mental health*. 3rd ed. London: Churchill Livingstone, 2002.
- DORNERLAS, A.; GALVÃO, C. Avaliação das habilidades psicossociais. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 102-105.
- GOMES, N. A. *Crêterios utilizados por trabalhadores para a inclusão de adolescentes em serviços públicos de saúde mental*. 2009. 166 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- HAGEDORN, R. *Fundamentos da prática em terapia ocupacional*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1999.
- JAPIASSU, H. *O sonho transdisciplinar: e as razões da filosofia*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 61-71, 2008. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i1p61-71>
- PEREIRINHA, C. M.; BIANCHIN, M. A.; CARVALHO, A. M. M. Análise do conhecimento médico sobre a atuação da terapia ocupacional na psiquiatria. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 19, n. 1, p. 7-14, 2011. <http://dx.doi.org/10.4322/2Fcto.v19i1.417>
- PINTO, A. T. M.; FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000100004>
- RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia ocupacional e as novas formas do cuidar em Saúde Mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 72-75, 2008. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i2p72-75>
- ROCHA, R. *Minidicionário*. São Paulo: Scipione, 1996.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGraw Hill, 2006. PMCid:PMC1551974.
- SIGELMANN, E. Tipos de pesquisa: aspectos metodológicos específicos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 141-155, 1984.
- SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. A importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 2, p. 355-358, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200021>
- SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, Canoas, v. 28, p. 45-59, 2008.
- THORNICROFT, G.; TANELLA, M. *Boas práticas em Saúde Mental Comunitária*. Barueri: Manole, 2010.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - UFSCar. *Curso de Terapia Ocupacional*. São Carlos: UFSCar, 2007.

Contribuição dos Autores

Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi: concepção e elaboração do texto, revisão bibliográfica, organização de fontes, coleta e análise dos dados, redação do texto e finalização. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi: concepção do texto, revisão bibliográfica, organização de fontes, análise dos dados, finalização do texto.

Notas

¹ Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “O processo de trabalho do terapeuta ocupacional na rede de saúde mental: focalizando a avaliação inicial”, de Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos PPGTO-UFSCar. O projeto de pesquisa referente foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Central Paulista (UNICEP), sob protocolo n. 023/2011.