



INTER  
FACES  
CIENTÍFICAS

SAÚDE E AMBIENTE

ISSN IMPRESSO 2316-3313

ISSN ELETRÔNICO 2316-3798

DOI 10.17564/2316-3798.2015v3n3p79-94

---

## ABORDAGENS DA TERAPIA OCUPACIONAL EM CONSONÂNCIA COM AS TRANSFORMAÇÕES DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

---

Kamila Saraiva de Oliveira<sup>1</sup>

Dalnei Minuzzi Delevati<sup>2</sup>

### RESUMO

A assistência psiquiátrica no Brasil organizou-se historicamente através de um modelo de atenção qualificado por práticas assistenciais que realçavam a sintomatologia, efetivando-se por meio de longas internações em hospitais psiquiátricos, negligência e maus-tratos. Contudo, essa realidade sofreu transformações gradativas. Nisso, o presente artigo apresenta a trajetória histórica da terapia ocupacional, objetivando mostrar como as estratégias comunitárias passaram a ser relevantes para esta profissão, a partir de uma visão crítica de seus pressupostos teórico-metodológicos. Nesse sentido, as intervenções junto à população com transtornos mentais devem voltar-se ao desenvolvimento de estratégias que promovam mudanças no espaço social ocupado por essas pessoas e à construção e/ou resgate de redes territoriais. Tendo em vista o objetivo proposto, foi realizada uma revisão bibliográfica visando identificar uma visão

geral da produção técnica e teórica da Terapia Ocupacional entre os anos de 2002 a 2008. Foram consultados artigos brasileiros relacionados ao tema, publicados em revistas científicas indexadas no LILACS e SCIELO. Os artigos selecionados passaram por análise e discussão com base no processo da reforma psiquiátrica e na democratização da assistência; compreensão de saúde; consideração sobre a atividade, e a especificidade do terapeuta ocupacional. Esta análise possibilitou identificar as mudanças que estão ocorrendo na atenção à Saúde Mental no Brasil em razão das transformações na prática do terapeuta ocupacional.

### PALAVRAS-CHAVE

Terapia ocupacional. Reabilitação. Reabilitação psicossocial.

## ABSTRACT

Psychiatric care in Brazil was organized historically by a qualified healthcare model for healthcare practices that emphasized the symptoms, is bringing into effect through long admissions to psychiatric hospitals, neglect and maltreatment. However, this reality has undergone gradual transformations. In this, this paper presents the historical trajectory of occupational therapy, aiming to show how community strategies began to be relevant to this profession, from a critical view of their theoretical and methodological assumptions. In this sense, the interventions to the population with mental disorders should turn to the development of strategies to promote changes in the social space occupied by these people and the construction and / or redemption of territorial networks. In view of the proposed objective, a literature review to identify an overview of the technical and theoretic

cal production of occupational therapy between the years 2002 to 2008 was performed. Were consulted Brazilian articles related to the topic, published in scientific journals indexed in LILACS and SciELO. Selected articles underwent analysis and discussion based on the process of psychiatric reform and democratization of assistance; understanding of health; consideration of the activity, and the specificity of the occupational therapist. This analysis allows to identify the changes that are occurring in Mental Health care in Brazil due to the changes in the practice of occupational therapist.

### KEYWORDS

Occupational Therapy. Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation.

## RESUMEN

La atención psiquiátrica en Brasil fue organizada históricamente por un modelo médico calificado para las prácticas de salud que hacían hincapié en los síntomas, está llevando a efecto a través de largos admisiones a hospitales psiquiátricos, abandono y malos tratos. Sin embargo, esta realidad ha sufrido transformaciones graduales. En este sentido, este trabajo se presenta la trayectoria histórica de la terapia ocupacional, con el objetivo de mostrar cómo las estrategias de la comunidad comenzaron a ser relevante para esta profesión, desde una visión crítica de sus presupuestos teóricos y metodológicos. En este sentido, las intervenciones a la población con trastornos mentales deben recurrir aliadas a estrategias para promover cambios en el espacio social ocupado por estas personas y la construcción y / o el reembolso de las redes territoriales. Con base en el objetivo propuesto, se realizó una revisión de la literatura para identificar

una visión general de la producción técnica y teórica de la terapia ocupacional entre los años 2002 a 2008. Fueron consultados artículos brasileños relacionados con el tema, publicados en revistas científicas en el LILACS y SciELO. Fueron artículos seleccionados y sometidos a análisis y discusión con base en el proceso de reforma psiquiátrica y la democratización de la asistencia; comprensión de la salud; la consideración de la actividad, y la especificidad de la terapeuta ocupacional. Este análisis nos ha permitido identificar los cambios que se están produciendo en la atención de salud mental en Brasil, debido a los cambios en la práctica de terapeuta ocupacional.

### PALABRAS CLAVE

Terapia Ocupacional. Rehabilitación. La Rehabilitación Psicosocial.

## 1 INTRODUÇÃO

Revela-se, com o passar dos tempos, que a assistência psiquiátrica no Brasil consolidou-se por meio de um modelo de atenção desenvolvido por práticas assistenciais que ressaltavam a sintomatologia e se concretizavam por intermédio de longas internações em hospitais psiquiátricos, negligência e maus-tratos. Contudo, essa situação vem sendo transformada gradativamente, a começar pelo movimento de reforma psiquiátrica, ocorrido no final da década de 1970, liderado pelos pressupostos teóricos e práticos do Modelo da Psiquiatria Comunitária Italiana (AMARANTE, 1998).

Um grande avanço nesse processo foi a aprovação da Lei Paulo Delgado, em 2001, que versa sobre a organização de uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial, respeitando o direito social e aumentando o poder contratual dos usuários. No contíguo dessas transformações, as identidades profissionais dos técnicos e a divisão entre variadas disciplinas passaram continuamente a serem questionadas. Debate-se uma nova concepção de saúde e assistência que prioriza a prática e reordena o trabalho, valorizando o trabalho inter e transdisciplinar (BALLARIN, CARVALHO, 2007).

As transformações estruturais e ideológicas decorrentes, dessa nova concepção de tratamento em saúde mental, trouxeram subentendidas inovações para a profissão. Nesta conjuntura, a Terapia Ocupacional busca incessantemente legitimidade como área de atuação e de produção de saber. A profissão, por incorporar conhecimentos interdisciplinares das áreas da saúde, educação, social e cultural, e se ocupar das necessidades e dificuldades das pessoas no cotidiano, possui um instrumental alinhado à assistência comunitária (RIBEIRO, OLIVEIRA, 2005).

Sobre a Terapia Ocupacional, com base no conceito de Reabilitação Psicossocial, Benetton (2001) as-

segura essa afirmação ao apontar que os terapeutas ocupacionais brasileiros têm se mostrado mais avançados que os colegas americanos e canadenses, participando ativamente dos processos de “desospitalização” e de investimento em programas de intervenção na comunidade.

Ballarin e Carvalho (2007) destacam a heterogeneidade das práticas e dos recursos da Terapia Ocupacional que, apesar de compartilhados no trabalho em equipe, apresentam-se pontuais ao auxiliar no processo de “desinstitucionalização” de um paciente, viabilizado por meio da identificação e validação de potencialidades e interesses, da observação sistemática de seu cotidiano, do fortalecimento de vínculos e contratualidade, favorecendo o resgate da identidade desgastada com o processo de institucionalização.

Conforme Lopes e Leão (2002), a Terapia Ocupacional, enquanto estratégia de atuação tem privilegiado atendimentos grupais e, mais especificamente, as oficinas terapêuticas, pela analogia com a proposta da profissão e priorização da atividade como uma oportunidade para a promoção de autonomia e participação social. Por meio dessa proposta, o terapeuta ocupacional divide espaços comicineiros, artistas e outros profissionais da saúde de forma pouco diferenciada, levantando o questionamento se essa tendência interfere na identidade e delimitação do espaço profissional, ao se avaliar que a identidade constituiu-se a partir de semelhanças e diferenças, ou seja, da comparação com o outro (CANÍGLIA, 2005).

Logo, há que se verificar se há possibilidade do terapeuta ocupacional ser inserido num contexto de práticas coletivas, onde se propõe a superação do antigo paradigma da fragmentação disciplinar e, mesmo assim, conservando a própria identidade. Nessa perspectiva, surgem outros questionamentos quanto à especificidade da profissão: de que maneira o terapeuta ocupacional tem se inserido no cenário da rede de serviços substitutivos? Que ações e instrumentos, esse profissional tem utilizado para atender aos ob-

jetivos da inclusão social propostos por este novo paradigma?

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Define-se a Terapia Ocupacional como uma profissão da área da saúde que, tradicionalmente, atua no campo da reabilitação. Nesse processo de reabilitação, o terapeuta ocupacional utiliza-se da ação humana, por meio das atividades da vida prática e cotidiana da população atendida. Em sua história, conforme Soares (1991, p.139), a Terapia Ocupacional surgiu, basicamente, de dois processos:

[...] da ocupação de doentes crônicos em hospitais de longa permanência e da restauração da capacidade funcional dos incapacitados físicos. Nos hospitais de longa permanência, os programas terapêuticos adotavam atividades recreativas ocupacionais e laborerápicas inseridas no contexto da dinâmica institucional. Nos programas de reabilitação aos incapacitados físicos, as atividades de autocuidado, lazer ou produtivas visavam à restauração da capacidade funcional e ao desempenho ocupacional na vida cotidiana.

A partir dessa perspectiva, a história da Terapia Ocupacional vincula-se a variadas concepções de ação humana, aliadas às estratégias de reabilitação, na atenção acolhedora aos doentes mentais ou psiquiátricos, e nas instituições de reabilitação aos deficientes físicos. A Terapia Ocupacional, como profissão da área de saúde, surgiu nos Estados Unidos e sua primeira escola foi fundada em Chicago, no ano de 1915, visando minimizar os efeitos da primeira Guerra Mundial, por meio do atendimento em reabilitação aos deficientes físicos e mentais que retornavam dos campos de batalha. Esse período ficou conhecido como o da “reconstrução” ou da restauração dos potenciais físicos e mentais dos sequelados de guerra.

No Brasil, a história da profissão remonta ao período pós II Guerra Mundial e às estratégias de implantação de programas de reabilitação na América Latina, recomendadas por organismos internacionais, como

Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). No entanto, embora já existissem experiências de uso das “ocupações com objetivo terapêutico” em instituições asilares psiquiátricas no país, devido à influência norte-americana, os cursos de formação em Terapia Ocupacional foram implantados, preferencialmente, na área da reabilitação física (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p. 31).

Gradativamente, durante a formação dos terapeutas ocupacionais, foram incorporados estágios na atenção psiquiátrica. Em relação à implantação de programas de reabilitação física no Brasil, no início dos anos 1950, uma comissão da ONU esteve na América Latina e apresentou o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo como o local mais apropriado para a implantação de um Centro de Reabilitação.

Em 1956, foi implantado o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), na Clínica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da USP. O Instituto de Reabilitação passou a ter dupla finalidade: realizar assistência aos deficientes por afecções do aparelho locomotor e promover cursos de formação técnica em áreas como fisioterapia e terapia ocupacional.

Conforme referência de profissionais da área, a formação técnica em terapia ocupacional era: restrita e específica das profissões técnicas de reabilitação (eminentemente clínica, referente à sintomatologia, à intervenção médica específica, aos princípios de indicação terapêutica etc.), sendo a Terapia Ocupacional responsável somente por membros superiores e pelas técnicas em atividades de vida diária. (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p. 34).

Os programas terapêuticos ocupacionais orientavam-se por indicações médicas e centravam-se na patologia ou na afecção orgânica do paciente. A Terapia Ocupacional “dividia” o paciente com a Fisioterapia, sendo que a reabilitação dos membros superiores era função específica dos terapeutas ocupacionais. As

atividades terapêuticas eram analisadas sistematicamente em suas possibilidades de ação, relativas ao diagnóstico médico e às funções lesadas. Costumavam ser selecionadas, graduadas e estruturadas em etapas de complexidade crescente e seu exercício repetitivo promovia a completa recuperação funcional ou a minimização das sequelas motoras.

No caso de ocorrência de sequelas, os pacientes eram treinados para readaptação nas atividades da vida diária (alimentação, vestuário, higiene pessoal...) e, quando possível, preparados para o retorno ao trabalho produtivo. Exauridas as possibilidades funcionais do paciente, apenas o médico (não o terapeuta ocupacional ou outro profissional) prescrevia a “alta” ou o desligamento do programa de reabilitação.

Apenas em 1969, a profissão foi reconhecida como de nível superior. No início do século XXI, em 2001, já existiam 29 escolas de formação em Terapia Ocupacional no Brasil. Não obstante, o processo de aprovação da formação superior em Terapia Ocupacional ocorreu com o desagrado da classe médica, “que não desejava esse tipo de emancipação” (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p. 34). Mas, a Terapia Ocupacional já havia incorporado em seus pressupostos teórico-metodológicos o modelo biomédico.

Assim, o terapeuta ocupacional, para vencer a condição de “subalternidade” em relação à classe médica buscou tornar-se um profissional *high tech*, incorporando ao seu fazer,

[...] conhecimentos científicos de anatomia, fisiologia, técnica de reparos, acompanhando os avanços da cirurgia e dos cuidados emergenciais [...] demonstrando competência clínica e tecnológica em relação à abordagem de seus pacientes. (GOLLEGÃ; LUZO; DE CARLO APUD BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p.139).

Verifica-se que o entendimento da ação humana materializou-se a partir de referenciais teórico-práticos dos modelos médicos, especialmente o cinesiológico, o biomecânico e o neurológico. No

final dos anos 1970, devido a uma queda na economia mundial e a conseqüente redução de custos na assistência em saúde, os terapeutas ocupacionais, que já se deparavam com a necessidade de provar a legitimidade de suas práticas, tiveram que incorporar sua profissão no mercado competitivo de trabalho, levando:

[...] a um movimento de crescente pressão para que os terapeutas ocupacionais se tornassem mais pragmáticos, desenvolvendo práticas ‘comprovadamente eficazes’ (ênfatisando os aspectos mensuráveis do seu trabalho) e ‘competentes’ (em relação à promoção de melhoria da independência funcional e inserção dos pacientes), para serem mais competitivos no mercado de trabalho. (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p. 37).

Pelo contexto, cresce a necessidade de intervenções cada vez mais “técnicas” em Terapia Ocupacional, com resultados motores e funcionais eficazes e quantitativamente mensuráveis. Nisso, paulatinamente, o terapeuta ocupacional foi incorporado ao quadro profissional de instituições especializadas de grande porte, compostas por equipes multidisciplinares (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, médicos, psicólogos entre outros), sediadas em grandes centros urbanos e afluentes dos avanços tecnológicos em reabilitação.

Contudo, foi a partir dos anos 1970 e 1980, que os terapeutas ocupacionais passaram a analisar criticamente as intervenções oferecidas de forma hegemônica em espaços de “exclusão” social (manicômios, centros de reabilitação, asilos, escolas especiais, instituições de internação permanente a pessoas com deficiências físicas, mentais entre outros) e a se questionarem quanto à possibilidade de ações realmente terapêuticas em espaços com este perfil.

Os profissionais viram-se diante do fato de que pelo viés da ação como “ocupação” dentro do espaço institucional mantinha-se a condição de exclusão da população atendida, decorrente das:

Práticas que, muitas vezes, são vivenciadas como na-

turais pelos próprios pacientes: no cotidiano de regas, disciplina e violência das instituições asilares, o trabalho/ocupação se apresenta muitas vezes para o internado como única saída da situação em que se encontra. Entretanto, elas não se constituem numa oposição a essa situação – pelo contrário, a evidenciam, conservando a lógica de controle, sujeição e exclusão da própria instituição. (MÂNGIA; NICÁCIO APUD BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p. 74).

Na maioria das vezes, a instituição prestava-se a segregar uma parcela da população vítima de um sistema excludente, por meio de práticas justificadas pelo “tratamento” em saúde e pelas “patologias” individuais. Como saúde mental, o modelo de atenção psiquiátrica fundamentava-se no asilamento ou internação, na periculosidade social do tido como louco e na medicalização do sofrimento psíquico. Muitas das instituições psiquiátricas, gerenciadas por grandes grupos corporativos, mantinham-se pelo repasse de verbas públicas ao setor privado, lucrando com a ocupação maciça dos leitos psiquiátricos.

Sob a justificativa de “tratamento” em saúde mental, os pacientes eram relegados a internações compulsórias de longa permanência (ficando dependentes de uma alta médica) e, na maioria dos casos, permaneciam confinados em condições precárias e subumanas.

No tocante à reabilitação funcional ou profissional, o processo de reabilitação visava o retorno do trabalhador acidentado às mesmas condições precárias que geraram o acidente, ou era relocado como mão de obra barata para o mercado informal de trabalho. A reabilitação centrada na lesão ocupacional sequer relacionava-se às problemáticas econômicas, políticas e sociais aí assentadas (SOARES, 1991).

Em último caso, o que se apresentava em questão para os terapeutas ocupacionais era que, se o campo profissional constituía-se em espaços institucionais com esta lógica de funcionamento, o papel do terapeuta não ultrapassaria o de manutenção do “contro-

le social”, avaliando do ponto de vista das práticas em terapia ocupacional para o deficiente. Já para os tidos como incapacitado, louco, ou delinquente, permaneceria a lógica institucional de exclusão social. Ou seja, questionava-se como é possível reabilitar em uma sociedade que mantém a exclusão da diferença e a camuflagem institucional das problemáticas sociais.

Somando-se a essas críticas no interior do campo profissional, juntaram-se os movimentos por direitos e igualdade de oportunidades de pessoas com deficiência e as propostas de desinstitucionalização psiquiátrica, fortalecendo a necessidade de produção de novas visões para as atividades e práticas em Terapia Ocupacional.

A partir desse momento, os terapeutas ocupacionais engajaram-se em lutas de trabalhadores, usuários e familiares dos serviços em saúde mental, acompanharam a trajetória política dos movimentos de pessoas com deficiência e a luta por representatividade e força políticas. O mote desse período aliou as propostas de desinstitucionalização à luta para que o poder público responsabiliza-se pelo atendimento integral a essa parcela da população. Então:

[...] discutiu-se o modelo assistencial existente, apresentaram-se alternativas para o papel do Estado na organização e gestão dos serviços de saúde, para o uso e incorporação da tecnologia e para a participação da população e dos profissionais de saúde na distribuição de recursos e na definição de prioridades assistenciais. A idéia central foi a de efetivar a saúde como um direito de cidadania e serviço público voltado para a defesa da vida individual e coletiva. (ALMEIDA; OLIVER APUD BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p. 86).

Sob esse aspecto, o terapeuta ocupacional buscou compor equipes em serviços de saúde voltados para a universalização da assistência, em que todas as pessoas eram atendidas, independente da patologia. Preferencialmente, a atenção deveria acontecer em locais próximos ao domicílio, em unidade extra-hospitalar, seguindo uma perspectiva integral de prevenção, promoção em saúde e reabilitação. Atualmente,



nota-se que a desconstrução dos processos de exclusão social e a construção da cidadania inserem-se socialmente como uma tarefa gradativa que envolve profissionais, usuários dos serviços de saúde e comunidade como um todo.

Nessa visão, a Terapia Ocupacional, em novas tendências profissionais, busca trazer para seu campo de reflexão teórico e para suas ações práticas o compromisso com as necessidades objetivas e subjetivas da população atendida, a partir de uma visão ampliada de saúde entremeada à validação de direitos fundamentais (saúde, lazer, educação, liberdade de expressão, convívio social etc.). Atrai para sua identidade profissional, novas interfaces com processos artísticos e criativos, processos socioeducativos em espaços inclusivos, propostas de atenção comunitária e um reordenamento das relações entre saúde, qualidade de vida e trabalho.

A identidade profissional passa a ser dinâmica em conformidade com a diversidade dos processos terapêuticos experimentados e a multiplicidade dos espaços vividos. Disso, resultam-se novos saberes e novas formas de intervenção, e são construídas novas relações entre os terapeutas ocupacionais e as pessoas atendidas, a partir de necessidades cotidianas envolvidas numa realidade sociocultural coletiva. Assim sendo, a Terapia Ocupacional, na busca de uma pluralidade epistemológica e metodológica, absorveu os pressupostos da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) e da Reabilitação Psicossocial.

A considerar que a RBC, originalmente está vinculada aos movimentos de luta contra a internação de pessoas com acometimentos físicos e mentais, nos anos 1960 e 1970 (OLIVER ET AL., 1999), pode-se afirmar que se relaciona à trajetória e coaduna com os princípios da Reabilitação Psicossocial. Estas duas propostas de intervenção têm em comum a defesa pela inclusão da reabilitação em políticas públicas e a responsabilização do Estado em oferecer atendimento integral em saúde, por meio de ações de prevenção, promoção e reabilitação.

Tais estratégias possuem, no território comunitário, o espaço privilegiado para a atenção em reabilitação como resposta aos processos de segregação e exclusão sociais das pessoas com acometimentos físicos e mentais. Nessa perspectiva, o território é entendido como um espaço delimitado geograficamente, construído historicamente e com relações socioeconômicas e culturais a assoalhar e no permanente processo de construção de relações, poderes, práticas e sentidos entre os diversos atores sociais, expressando contradições e conflitos e modos distintos de vida coletivas e individuais (OLIVER, TISSI, VARGEM, 2000).

Apesar da carência e pobreza materiais de muitas regiões brasileiras (como em recursos sociais de suporte e infraestrutura básica), o território pode configurar-se, também, como um espaço de solidariedade e potencialidades ocultas.

A RBC foi apresentada como proposta a partir dos debates do Ano Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência (1981) e da apresentação do Plano de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiências da ONU. Assim, diante da estimativa, a RBC pode ser definida como “uma estratégia para ampliar a cobertura de atenção a pessoas portadoras de deficiência, a partir das necessidades identificadas na comunidade, com a participação do Governo, de organizações não-governamentais e profissionais” (BRASIL, 1995, p. 11).

Localizadas nos grandes centros urbanos, as instituições especializadas de reabilitação passam a ser alvo de críticas por apresentarem longas filas de espera, de difícil acesso para as pessoas com deficiência, sem coordenação com setores educacionais e de promoção social e afastadas da realidade concreta dos usuários, delineando uma “crise” no modelo biomédico, voltado especificamente aos aspectos clínicos da deficiência. Já no final da década de 1970, o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, intensamente influenciada pelo movimento de desinstitucionalização psiquiátrica italiano, representou uma crítica às instituições asilares e

a busca de transformação das propostas de atendimentos em saúde mental.

Nesse processo, buscou-se a implantação de novas políticas públicas, pela garantia e construção de direitos as pessoas com transtornos mentais e por uma rede de atenção pública integral em saúde mental.

A Lei Federal no 10.216, sancionada em abril de 2001, representa um forte avanço neste processo e “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” além de orientar a atenção prioritária em serviços comunitários. Conforme Saraceno (1999), a Reabilitação Psicossocial, como referência no processo de desinstitucionalização italiana, é entendida como:

[...] um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos: é somente no interior de tal dinâmica de trocas que se cria um efeito habilitador [...] é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente. (SARACENO, 1999, p. 112).

A abertura de espaços de negociação implica habitar novos espaços, realizar trocas sociais, materiais e de afeto, definindo-se como um rompimento com o isolamento da internação, restituindo direitos, como o de expressão, a possibilidade de aquisição de objetos pessoais e bens materiais, a participação efetiva no mercado de trabalho e a inserção em grupos na vida coletiva. Não sendo apenas um rompimento com os muros da instituição psiquiátrica, mas se consolidando como uma “nova via social” para pessoas que até então se viam impedidas física e socialmente de participação na vida familiar e coletiva.

A incorporação destas estratégias na Terapia Ocupacional reordenou as práticas dos profissionais, pois a reabilitação não se restringe mais à avaliação funcional e à recuperação das incapacidades. Compre-

ende uma rede de significados construída pelo sujeito, no decorrer do processo de reabilitação, a partir de modelos de reabilitação pré-determinados ou por decisão unicamente do profissional de saúde. Sobre a garantia de direitos no processo de reabilitação, profissionais da reabilitação comunitária apontam que a aquisição de direitos fundamentais, a exemplo da educação regular e moradia adequada, passa a ser elemento constitutivo do próprio processo, e:

[...] desta forma, são também problemas do serviço aqueles normalmente considerados sob o rótulo de “sociais” (como a falta de casa para morar, da pessoas institucionalizada, a falta de alimentos, a impossibilidade da criança ir a creche por falta de vagas ou por falta de documentos entre outros). Em outras palavras, os serviços públicos [...] devem impedir a redução da complexidade da existência humana à incapacidade ou ao diagnóstico do sujeito ou o grau de severidade de seu comprometimento motor ou mental. (OLIVER ET AL., 2001, p. 16).

Assegura-se que a aquisição dos direitos fundamentais são questões que devem fazer parte do processo de reabilitação, ou seja, a reabilitação limitada às incapacidades e às disfunções não abrange a complexidade das ações humanas, pois estas apenas ganham sentido nas interações reais do sujeito em seu cotidiano.

Atesta-se que os aspectos motores e funcionais ou o sofrimento psíquico não são desconsiderados ou colocados em segundo plano, mas acontecem independentes do contexto em que está inserido o sujeito na reabilitação comunitária. Assim:

[...] a facilitação do desempenho funcional é um ponto importante na intervenção, e sua avaliação será realizada, mas esta não se constitui um fim em si mesmo. A melhoria do desempenho funcional ou o uso de tecnologia de ajuda são meios a se utilizar para facilitar processos reais – e não só projetados – de participação social. (ALMEIDA; OLIVER APUD BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p. 92).

Fazem parte da estratégia de intervenção os recursos de avaliação, mas a estratégia não se resume aos recursos e avaliações terapêutico-ocupacionais, haja



vista os terapeutas ocupacionais terem incorporado em suas práticas as intervenções no domicílio, na escola, nas associações de bairros, visando aproximar familiares, amigos e comunidade ao processo de reabilitação de interlocutores que habitam o mesmo espaço.

O contato constante do terapeuta com os diversos interlocutores (moradores, profissionais da saúde, educação etc.) e o reconhecimento das condições objetivas do território (transporte coletivo, equipamentos sociais, condições de moradia, barreiras geográficas e arquitetônicas, áreas de lazer entre outros), sugerem novas formas de compreensão e lida com a questão da reabilitação em comunidades específicas.

Nesse sentido, o reconhecimento da formação dos bairros e a criação de recursos comunitários; a identificação dos distintos atores sociais e sua compreensão sobre as necessidades da população local e daquelas portadoras de deficiência ou com sofrimento mental; e o conhecimento sobre o princípio das deficiências e enfermidades nas áreas de risco no território são requisitos facilitadores na preparação de ações de reabilitação que visem minimizar as condições de exclusão e maximizem as potencialidades de ações individuais e coletivas das pessoas atendidas.

### 3 METODOLOGIA

Este artigo baseia-se numa revisão bibliográfica, visando oferecer, ao campo interdisciplinar da Saúde Mental, um cenário geral da produção técnica e teórica da Terapia Ocupacional no período de 2002 a 2008. Assim, realizou-se um levantamento em artigos brasileiros referentes ao tema, publicados em revistas científicas indexadas nas seguintes bases de dados Literatura em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Os artigos foram selecionados, analisados e discutidos com base no processo da reforma psiquiátrica e na democratização da assistência; na concepção de

saúde; no conceito de atividade e na especificidade do terapeuta ocupacional. Oferecem subsídios para essa discussão duas perspectivas teóricas: Fundamentos de Terapia Ocupacional (CANIGLIA, 2005) e Terapia Ocupacional em Saúde Mental (MÂNGIA, NICÁCIO, 2001), além da contribuição da Ergologia de Schwartz e Durrive (2007) por meio de elementos que enriqueceram essa análise.

### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da pesquisa realizada, constatou-se que a maior parte dos artigos publicados sobre Terapia Ocupacional, no campo da Saúde Mental, no período referido, faz parte da Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Nesse período, os terapeutas ocupacionais brasileiros divulgaram, sobretudo, artigos que demonstram as modalidades de novos serviços substitutivos (NICÁCIO, CAMPOS, 2005, 2004; MÂNGIA, MARQUES, 2004; VECCHI, 2004; MÂNGIA, ROSA, 2002); projetos e ações interdisciplinares propostos nestes serviços (FONTES, 2008; LIMA, GHIRARDI, 2008; MÂNGIA, MURAMOTO, 2006; NICÁCIO, MÂNGIA, GHIRARDI, 2005; MÂNGIA ET AL., 2002); e a discussão dos fundamentos teóricos sobre a utilização da arte como recurso terapêutico para a Terapia Ocupacional em Saúde Mental, mas que não indicam a inserção do profissional na rede de serviços substitutivos (CASTRO, SILVA, 2002; LIMA, PELBART, 2007; LIMA, 2006a, 2006b).

Também, foram analisados aspectos referentes à história da Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental, relacionada às concepções de saúde vigentes na sociedade e as transformações da assistência (RIBEIRO, MACHADO, 2008; LIMA, 2006A; RIBEIRO, OLIVEIRA, 2005; OLIVER, BARROS, LOPES, 2005); a máxima de que a Terapia Ocupacional Social não trata especificamente da questão da saúde mental, mas insere os sujeitos com transtorno mental em ações direcionadas a uma “população heterogênea” e a “grupos sociais em processos de ruptura das redes sociais de suporte”.

Evidencia-se, então, uma tendência à compreensão de que, independente dos sintomas ou do diagnóstico, existe uma população que está suscetível à exclusão social e as ações da Terapia Ocupacional, de acordo com o conceito da Reabilitação Psicossocial, propõe-se a enfrentar essa condição, edificando, assim, uma interação entre a saúde mental e os processos sociais (NICÁCIO, MÂNGIA, GHIRARDI, 2005; LIMA, 2003; BARROS, GHIRARDI, LOPES, 2002).

Entre os artigos publicados e consultados, três alcançaram diretamente o objetivo deste estudo, haja vista descreverem ações específicas do terapeuta ocupacional (RIBEIRO, OLIVEIRA, 2005; LOPES, LEÃO, 2002) ou por discutirem pressupostos teóricos para a prática nos serviços substitutivos (MÂNGIA, 2002). Ampliam essa discussão três artigos que abordam pressupostos teóricos de terapia ocupacional, relacionados à desinstitucionalização (MÂNGIA, MURAMOTO, 2006; BARROS, GHIRARDI, LOPES, 2002; CASTRO, SILVA, 2002).

Ao analisar as referidas publicações foram observados alguns aspectos comuns. A princípio, notou-se a prevalência dos pressupostos da Reabilitação Psicossocial como referencial teórico, condição que aponta para uma necessidade de contextualização da prática num cenário de mudança das instituições e do surgimento de uma nova concepção de assistência em Saúde Mental, aceitando as novas questões inerentes aos processos de superação do modelo asilar e, ao mesmo tempo, apreciando a construção de redes territoriais (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001).

Certifica-se que a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ainda, não está encerrada e que a Terapia Ocupacional tem contribuído com reflexões e elaboração de projetos sobre ações e estratégias interdisciplinares para a formação de instituições e políticas de saúde em consonância com esses novos pressupostos (FONTES, 2008; NICÁCIO, MÂNGIA, GHIRARDI, 2005; NICÁCIO, CAMPOS, 2005, 2004; OLIVER, BARROS, LOPES, 2005; MÂNGIA, MARQUES, 2004; MÂNGIA, ROSA, 2002; MÂNGIA ET AL., 2002).

Então, existe a inquietude em criar estratégias para inclusão das diversidades no contexto sociocultural, orientando os discursos da assistência social, saúde e educação, e, por conseguinte, a Terapia Ocupacional contribui para a construção desse conhecimento, marcando sua presença nesse panorama de práticas interdisciplinares.

Outro aspecto em comum às referências consultadas reside na noção de democratização da assistência, em que são assegurados os direitos dos usuários; na inclusão de novas tecnologias originárias de disciplinas de outros campos de conhecimento fora da área da saúde, no empoderamento dos usuários nas decisões referentes ao seu projeto terapêutico e na relação com a equipe, visando parceria e coparticipação, pois há um deslocamento da atenção concedida à doença e seus sintomas para a promoção de saúde mental e inclusão social.

Também, se mostram presentes nos artigos, referências à reformulação da concepção de saúde que orientam a prática. Nesse novo conceito, a saúde distancia-se do conceito de completo bem-estar ou ausência de doença para a concepção de projetos de vida (CASTRO, SILVA, 2002) que dimensionam as possibilidades de trocas de recursos e afetos em uma rede de relações articuladas e flexíveis, alargando a participação real dos sujeitos na sociedade (SARACENO, 1989 APUD MÂNGIA, NICÁCIO, 2001).

A Saúde Mental admite uma nova concepção, passando a ser uma questão complexa ao envolver fatores psicológicos, culturais, históricos, econômicos e sociais para orientar a prática, que não mais se restringe à manutenção da vida, mas a viver com qualidade nos diferentes modos de vida, com criatividade (LIMA, 2006a, 2006b). A ação do terapeuta ocupacional apresenta-se nos artigos, especificamente, a partir de dois pontos de vista: referenciais teóricos e ações.

Mângia e Nicácio (2001) indicam dois referenciais que se tornaram importantes para a Terapia Ocupa-

cional no processo de formação do campo da saúde mental: a Socioterapia e a Psicodinâmica. Conforme as autoras, esses referenciais surgiram a partir da intenção de humanizar as instituições psiquiátricas, ao criticar o Tratamento Moral, a Ergoterapia, os métodos de ocupação do tempo ocioso e as transgressões da identidade presentes nos ambientes asilares, sem, entretanto, romper com sua lógica.

Verifica-se que, nas publicações consideradas neste trabalho, esses referenciais não são alegados, a exceção de Ribeiro e Oliveira (2005) que citam a Psicodinâmica, partindo de uma perspectiva histórica. Presume-se que a escassez de publicações científicas, dos referenciais: Psicodinâmico, Chamoniano, Junguiano e Sistêmico, no período aludido, inibe o reconhecimento desses instrumentos como prioridades da profissão, sendo um fator limitante desse estudo, visto que as publicações encontradas quicá não sejam satisfatórias para representar a abrangência da prática do terapeuta ocupacional no contexto atual da saúde mental. Contudo, compreende-se que as novas práticas destinam-se a gerar o desenvolvimento de projetos nos espaços de vida da pessoa e em atividades do cotidiano que lhe sejam significativas, assegurando sua participação ativa no processo terapêutico.

Pela interferência da Prática Centrada no Cliente, que consiste numa abordagem canadense que prioriza a interação entre terapeuta e cliente no processo terapêutico, rompe-se com uma prática diretiva, permitindo que o terapeuta torne-se um facilitador em tal processo. A referida abordagem propõe habilitação nas áreas de desempenho ocupacional referentes ao lazer, produtividade e autocuidado, desde que dotados de sentido para a pessoa e adequados a seu momento e contexto de vida.

Compreende-se que este referencial constitui uma ferramenta de trabalho que concorda com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial por realçar a coparticipação e responsabilização do usuário por seu projeto terapêutico, e por evidenciar flexibi-

lidade quanto à utilização de diferentes modelos de intervenção que atendam as demandas de cada caso (MÂNGIA, 2002). A noção de atividade em Terapia Ocupacional, no contexto das novas práticas, apresenta um novo significado, ao se inscrever nas relações entre as pessoas e os contextos, na produção de possibilidades materiais, subjetivas, sociais e culturais que permitam a convivência com as diferenças (BARROS, GHIRARDI, LOPES, 2002).

Também, são apontadas como viabilizadoras do tratamento, as diferentes linguagens conferidas pela atividade artística, pois permitem a expressão, comunicação e desenvolvimento da criatividade, além da inserção sociocultural (RIBEIRO, OLIVEIRA, 2005; CASTRO, SILVA, 2002; LOPES, LEÃO, 2002), bem como o engajamento em atividades produtivas de trabalho cooperado, facilitando a participação e a contratualidade (RIBEIRO, OLIVEIRA, 2005; LOPES, LEÃO, 2002).

Sobre as atividades, Barros, Ghirardi e Lopes (2002) acreditam que a maneira como o terapeuta ocupacional as desenvolve, também, é foco de discussão tanto em ambientes institucionais quanto extrainstitucional, e pelo fato da atividade compor um meio de socialização, ou seja, como um instrumento de inserção no universo do trabalho/estudo e da emancipação econômica, ao ser pensado especificamente para cada pessoa, em cada situação, sempre referido à história grupal.

Essa visão abandona a ideia de potencial terapêutico da atividade com possibilidade de prescrição conforme patologia, sintomas ou situações hipotéticas. Nas ações do terapeuta ocupacional, os relatos de experiência são mínimos e abordam a questão de forma inespecífica nos textos selecionados. Lopes e Leão (2002) avaliam que, as práticas coletivas que enfocam a atividade humana, permitem ao terapeuta ocupacional a capacidade de adaptação das atividades e da avaliação das relações que se estabelecem a partir delas. Outro diferencial que especifica a atuação da Terapia Ocupacional, conforme os mesmos autores é

a priorização dada à ação em detrimento do produto final. Aponta-se a formação profissional como fator determinante para a valorização desse profissional nos novos equipamentos de saúde mental.

Atribui-se como diferencial para a terapia ocupacional, a compreensão e a intervenção em cada situação (LOPES, LEÃO, 2002). Essas constatações indicam que o diferencial da Terapia Ocupacional está no processo e na forma como trabalha e não no objeto de estudo, ou seja, na atividade humana. Visando ampliar a discussão sobre a especificidade da Terapia Ocupacional, recorre-se a Caniglia (2005), que propõe uma reflexão sobre a profissão baseada no processo de trabalho. A autora afirma que, em saúde, o trabalho implica uma ação no sentido de fazer com que os instrumentos atuem sobre o objeto, produzindo um efeito útil, que definiria a especificidade de uma profissão.

Para Caniglia (2005), o indivíduo enquanto matéria-prima situa-se numa história com uma demanda; já o profissional de saúde é um dos sujeitos produtores; os instrumentos de trabalho aludem-se à metodologia, às técnicas e aos recursos terapêuticos e, finalmente, o produto seria promover, tratar ou recuperar a saúde humana, ou seja, o resultado previsto, almejado pelo profissional e também pelo indivíduo. Nessa perspectiva, por meio da Terapia Ocupacional, o processo de trabalho, o raciocínio clínico e o ato terapêutico ocupacional se concretizam em razão da produção de seu objeto de trabalho. No âmbito geral, correspondem à promoção, tratamento e recuperação da saúde humana e, num âmbito mais específico e disciplinar, ao fazer humano referente ao trabalho, lazer e atividades domésticas.

Concomitante, busca reduzir limitações, dificuldades ou barreiras, averigua talentos, habilidades e aptidões, beneficiando o encontro entre essas habilidades e as ocupações oferecidas no mundo contemporâneo.

Igualmente, o ato terapêutico ocupacional converge com o contexto disciplinar sem limitar-se a ele,

haja vista que a disciplina se alimenta da inter e da transdisciplinaridade. Partindo desse raciocínio, o 'olhar' (LOPES, LEÃO, 2002) refere-se à metodologia. Observa-se que o produto do trabalho do terapeuta ocupacional coincide com o produto proposto pela Reabilitação Psicossocial, uma vez que autonomia e participação social se aliam para o engajamento de atividades significativas no contexto de vida (LOPES, LEÃO, 2002) e "a terapia ocupacional tem como propósito final a inclusão social" (BENETTON, 2001, p. 147), dificultando a definição da especificidade a partir do produto.

Assim, com relação à especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional no campo de transformações da assistência em Saúde Mental, o terapeuta ocupacional experimenta algumas contradições num contexto político que está sofrendo profundas transformações, entendidas como a descentralização, desospitalização, novos equipamentos de assistência ao portador de transtorno mental, ampliação dos recursos humanos, horizontalidade nas relações e insuficiência da clínica psicoterapêutica.

O trabalho – de forma inter e transdisciplinar – questiona a exclusividade das técnicas do conhecimento de cada profissional, haja vista as intervenções passarem a ser coletivas. A formação do conhecimento e técnicas passou a ser de todos e para todos.

Da mesma forma, o ambiente terapêutico alterna da instituição fechada para o espaço comunitário, revitalizando o trabalho, não mais como um recurso terapêutico, mas como um direito. Situação que permitiu ao terapeuta ocupacional analisar a valorização da atividade humana e do trabalho para a saúde mental e inserção social das pessoas e, também, em superar a ideia da atividade como recurso terapêutico ou como ocupação do tempo ocioso, presente nas práticas tradicionais. É um momento de revisão de paradigmas, podendo causar uma sensação incômoda com relação à identidade profissional. Entretanto, este momento mostra-se decisivo em contribuir com seu conheci-

mento para a atividade humana visando à construção do modelo teórico-assistencial interdisciplinar, pausado na Reabilitação Psicossocial.

Para a terapia ocupacional, o desafio da inserção social de pessoas vulneráveis e o desenvolvimento de formas de convívio com a diferença, exigem intensas mudanças na maneira de conceber o cuidado e a organização dos serviços em discordância com as concepções e estratégias tradicionais o que insinua uma definição de novos perfis profissionais (MÂNGIA, MURAMOTO, 2006). Ao analisar as transformações que estão ocorrendo no mundo do trabalho, Schwartz e Durrive (2007) destacam que, cada vez que há novos princípios técnicos a serem empregados, erguem-se entidades coletivas para operá-los de maneira a serem sempre reconfigurados (CANIGLIA, 2005).

Assim, quando o trabalho aparecia restringido a gestos visíveis e diferenciado por cada membro de uma equipe multidisciplinar, podiam-se definir as qualificações no coletivo de trabalho, que eram restritivas tanto em relação às prescrições quanto à realidade do trabalho.

A partir do momento em que aparece a necessidade de se gerirem as interfaces técnicas e humanas no trabalho, como é o caso da Reabilitação Psicossocial, questiona-se a qualificação para a competência, que se refere à capacidade de gestão de todas as interfaces do trabalho, tanto técnicas quanto humanas. Desse modo, a profissão, por apresentar um instrumental harmônico com a assistência comunitária (RIBEIRO, OLIVEIRA, 2005), mostra-se qualificada. Contudo, o domínio da técnica não garante mais a inserção neste campo.

Para tanto, é necessário mostrar competência no confronto cotidiano com as diversidades que esse contexto impõe. Dessa forma, salienta-se a essencial participação do terapeuta ocupacional na Reforma Psiquiátrica no Brasil, que vem compondo as novas equipes e as novas modalidades de serviços substitutivos em Saúde Mental, muitas vezes coordenando equipes ou inovando propostas de trabalho.

Talvez, o aspecto que aproxima seja exatamente aquele que permite a diferenciação num campo de práticas interdisciplinares. Visando criar processos de saber-fazer integrados e interativos e que, no limite, sejam capazes de superar as barreiras entre as diferentes disciplinas, Mângia e Muramoto (2006, p. 118) destacam “a necessidade de reinventar e dotar de sentido as nossas profissões e assim também, nos desinstitucionalizarmos”.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a Terapia Ocupacional, em Saúde Mental, tem se respaldado no discurso da Reabilitação Psicossocial para consolidar sua ação e inserção nos novos equipamentos da rede de serviços substitutivos. De certo, houve uma mudança de paradigma referente aos conceitos de saúde mental no âmbito da Terapia Ocupacional, ressignificação das atividades e a ampliação do ambiente terapêutico, desenvolvendo ações no próprio espaço de vida dos sujeitos.

Formula-se uma tendência em abandonar um modelo de atenção centrado na doença para focar-se na promoção de saúde, cidadania e participação social. Concentra-se na singularidade de cada indivíduo, sua história, sua cultura, seu cotidiano, em um processo que permite o exercício da autonomia e funções na comunidade.

Atividades artísticas se consolidando como meio provável de se alcançar os objetivos, tanto de expressão e comunicação, quanto de inclusão social; é uma possibilidade não só de criar, mas de, a partir da manipulação de uma matéria de expressão, pensar as relações entre a criação e a produção de saúde, de enfrentamento da doença, solidão ou isolamento. Igualmente, a Prática Centrada no Cliente constitui um referencial teórico específico do terapeuta ocupacional, permitindo o desenvolvimento de ações em parceria com os usuários, auxiliando-os no processo de identificação de suas

necessidades e na superação das barreiras que se intercalam à sua participação social e desempenho satisfatório nas atividades cotidianas.

Quanto à especificidade do terapeuta ocupacional, pode-se apontar que todas as ações interdisciplinares propostas pelos serviços substitutivos estão de acordo com os pressupostos teóricos que sustentam a profissão; e, ao terapeuta ocupacional, cabe o desafio de demonstrar competência no cotidiano do trabalho em equipe, pontuando o quanto sua formação e seu conhecimento sobre a atividade humana podem contribuir para alcançar os objetivos da Reabilitação Psicossocial.

Nesse sentido, considera-se que,

Trabalhar é produzir, mas é também acumular história, constituir um patrimônio. [...] A partir do momento que alguém pode mostrar o que ele transformou em patrimônio, num lugar relativamente estável, sua participação na história toma sentido, torna-se passível de leitura. Desse ponto de vista, a história ganha consistência para ele. (SCHWARTZ, DURRIVE, 2007, p. 101).

Apesar de a escassez de publicações científicas, relacionadas à prática de Terapia Ocupacional em Saúde Mental no Brasil, embaraçar a delimitação do campo, considera-se que a questão da especificidade não se constitui mais no foco de estudos da profissão.

A Terapia Ocupacional tem contribuído na produção de estudos, reflexões e elaboração de projetos acerca de ações e estratégias para a constituição de instituições e políticas de saúde que estejam de acordo com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial, superando a fragmentação disciplinar, as práticas tradicionais e definindo um novo perfil profissional.

## REFERÊNCIAS

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

BALLARIN, M.L.G.; CARVALHO, F.B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional**: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.162-170.

BARROS, D.D.; GHIRARDI, M.I.; LOPES, R.E. Terapia Ocupacional Social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, 2002. p.95-103.

BENETTON, M.J. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível? In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.143-149.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde; planejamento e organização de serviços**. Secretaria de Assistência à Saúde, Brasília, 1995.

CANIGLIA, M. **Terapia Ocupacional**: um enfoque disciplinar. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2005.

CASTRO, E.D.; SILVA, D.M. Habitando os campos da arte e da terapia ocupacional: percursos teóricos e reflexões. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13. n.1, 2002. p.1-8.

DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C. (org) **Terapia Ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001.



- FONTES, B.A.S.M. Dos pavilhões às ruas: a âncora territorial da reforma psiquiátrica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n.3, 2008. p.183-92.
- LIMA, E.M.F.A. A Saúde Mental nos caminhos da Terapia Ocupacional. **O Mundo da Saúde**, v.30, n.1, 2006a. p.117-122.
- LIMA, E.M.F.A. Por uma arte menor: ressonância entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade. **Interface-Comun. - Saude, Educ.**, v.10, n.20, 2006b. p.317-329.
- LIMA, E.M.F.A. Desejando a diferença: considerações acerca das relações entre terapeutas ocupacionais e as populações tradicionalmente atendidas por esses profissionais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.14, n.2, 2003. p.64-71.
- LIMA, E.M.F.A.; GHIRARDI, M.I.G. Transdisciplinaridade e práticas híbridas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n.3, 2008. p.153-158.
- LIMA, E.M.F.A.; PELBART, P.P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **Hist. Cienc. Saude - Manquinhos**, v.14, n.3, 2007. p.709-735.
- LOPES, R.E.; LEÃO, A. Terapeutas ocupacionais e os Centros de Convivência e Cooperativa: novas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.2, 2002. p.56-63.
- MÂNGIA, E.F.; NICÁCIO, F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.
- MÂNGIA, E.F. Contribuições da abordagem canadense "Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente" e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em Saúde Mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, 2002. p.15-21.
- MÂNGIA, E.F.; MARQUES, A.L.M. Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos: novas perspectivas para o campo da reabilitação psicossocial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.15, n.3, 2004. p.129-35.
- MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissionalidades nos contextos dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.17, n.3, 2006. p.115-22.
- MÂNGIA, E.F.; NICÁCIO, M.F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexos, 2001. p.63-80.
- MÂNGIA, E.F.; ROSA, C.A. Desinstitucionalização e serviços residenciais terapêuticos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.2, 2002. p.71-77.
- MÂNGIA, E.F. et al. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, 2002. p.15-21.
- NICÁCIO, M.F.; CAMPOS, G.W. Instituições de portas abertas: novas relações usuários- equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.16, n.1, 2005. p.40-46.
- NICÁCIO, M.F.; CAMPOS, G.W. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a intervenção de práticas inovadoras em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.15, n.2, 2004. p.71-81.
- NICÁCIO, M.F.; MÂNGIA, E.F.; GHIRARDI, M.I.G. Projetos de inclusão no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.16, n.2, 2005. p.62-66.

OLIVER, F.C et al. Reabilitação Baseada na Comunidade – discutindo estratégias de ação no contexto socio-cultural. **Rev. Ter.Ocup. Univ. de São Paulo**, v.10, n.1, jan/abr., 1999. p.1-10.

OLIVER, F.C et al. Reabilitação no território: construindo a participação na vida social. **Rev. Ter.Ocup. Univ. de São Paulo**, v.12, n.1/3, jan./dez. 2001. p.15-22.

OLIVER, F.C.; BARROS, D.D.; LOPES, R.E. Estudo sobre a incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa com deficiência no Município de São Paulo entre 1989 e 1993. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.16, n.1, 2005. p.31-39.

RIBEIRO, M.B.S.; OLIVEIRA, L.R. Terapia Ocupacional e Saúde Mental: construindo lugares de inclusão social. **Interface - Comunic. - Saude, Educ.**, v.9, n.17, 2005. p.425-431.

RIBEIRO, M.C.; MACHADO, A.L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n.2, 2008. p.72-75.

SARACENO, B. **Libertando Identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia-TeCorá, 1999.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L.; DUC, M. Técnicas e competências. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia:** conversas sobre atividade humana. Niterói: UFF, 2007. p.85-109.

SOARES, L.B.T. **Terapia Ocupacional:** lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec, 1991.

VECHI, L.G. Serviço substitutivo em saúde mental e iatrogenia? Uma reflexão sobre a questão. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.15, n.2, 2004. p.55-62.

---

Recebido em: 3 de Março de 2015  
Avaliado em: 1 de Abril de 2015  
Aceito em: 10 de Abril de 2015

---

1. Especialista em Saúde Mental com Ênfase em CAPS do Centro Universitário Tiradentes (UNIT). E-mail: kamilasaraiva@hotmail.com

2. Coordenador, Mestre do curso de Pós-graduação em Saúde Mental com Ênfase em CAPS do Centro Universitário Tiradentes (UNIT). E-mail: dm-delevati@hotmail.com



## **EDITORAÇÃO ELETRÔNICA**

**Projeto Gráfico**  
Edilberto Marcelino

**Capa**  
Igor Bento

**Diagramação**  
Dimitria Elefthérios D. de Siqueira (Estagiária)

**Finalização**  
Igor Bento

**Produção**  
Editora Universitária Tiradentes

## **IMPRESSÃO**

Gráfica Gutenberg  
Universidade Tiradentes

## **TIRAGEM**

200

## **TIPOGRAFIA**

Signika  
Bebas Neue  
Arial

## **PAPEL**

**Capa**  
Papel Supremo 250g/m<sup>2</sup>

**Miolo**  
Papel Offset 90g/m<sup>2</sup>