

Terapia Ocupacional em ambulatório de saúde mental: subsídios para avaliação

A discussão sobre a teoria e prática da Terapia Ocupacional em Saúde Mental constitui, em nosso país, um campo novo de investigação. Este artigo é parte da pesquisa *Terapia Ocupacional: da política à contrapolítica asilar*, concluída em março de 1990, onde tentamos dar um passo no sentido do levantamento dessa problemática em sua complexidade, contextualizando a Terapia Ocupacional no processo de constituição da psiquiatria a suas instituições no Brasil e mais especificamente em São Paulo. O interesse pelo desenvolvimento dessa pesquisa esteve relacionado às preocupações sentidas no cotidiano das práticas institucionais onde estivemos inseridos, desde 1979 no Manicômio Judiciário e posteriormente no Juqueri, e recentemente aos questionamentos e dificuldades encontradas no processo de implantação da Terapia Ocupacional na rede de Ambulatórios de Saúde Mental, desde 1985.

No início da década de 80, vimos o Estado incorporar a discussão sobre a reorientação da assistência psiquiátrica. No processo de redemocratização da sociedade brasileira e por um governo eleito pelo voto direto, São Paulo, a partir de

1983, implementa uma nova Política de Saúde Mental.

É no contexto dessa nova Política, que enfatiza a assistência extra-hospitalar como alternativa à Política Asilar, que localizamos inovações na assistência pública e destacamos a perspectiva de que o desenvolvimento de novas práticas ocorresse num trabalho em equipe multiprofissional.

Para orientar a prioridade dada à assistência extra-hospitalar, publicou-se em outubro de 1983 a *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental*. Esse documento, dirigido aos profissionais de saúde, pretendia "...propor um programa que garanta a especificidade dos níveis de assistência e a integração entre eles. Visa desencadear um processo de discussão em torno do trabalho em Saúde Mental, no âmbito do Estado de São Paulo, que resulte em reformulações nos atuais procedimentos assistenciais...". Enfatizava também a necessidade de que os serviços pudessem tornar-se espaços capazes de dar continência ao sofrimento psíquico e que a visão de equipe incluísse todos os fun-

Elisabete Ferreira Mângia é docente do curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

cionários da unidade como agentes de saúde mental.

A introdução da Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Enfermagem à assistência ambulatorial exigiu destas a formulação de um perfil de intervenção adequado à nova proposta a ser desenvolvida. Aprofundando a discussão na perspectiva da Terapia Ocupacional temos que, para esta, o espaço até então destinado na assistência pública era o da intervenção no interior dos hospitais psiquiátricos. Agora propõe-se que componha programas dirigidos a pacientes em crise, tentando evitar a internação psiquiátrica. De prática tradicionalmente ligada à manutenção da internação ela é agora chamada a inverter esse papel.

A "*Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais...*" definia a Terapia Ocupacional como "...um método de tratamento que tem como instrumento fundamental de trabalho a atividade terapêutica com objetivos e orientação específicos. Através da dinâmica que se estabelece na relação da tríade terapeuta-paciente-atividade e da conseqüente compreensão da linguagem da ação, a Terapia Ocupacional previne e trata, integrando socialmente indivíduos com perturbações físicas, mentais e/ou sociais pela utilização das capacidades remanescentes. A proposta básica da Terapia Ocupacional é a melhoria da qualidade da vida. Através do uso terapêutico das relações interpessoais de trabalho e lazer..."

A proposta ainda enfatizava que a Terapia Ocupacional desenvolvesse, prioritariamente, atendimentos grupais.

Com a abertura de ambulatórios, a implantação de equipes em UBS e a entrada de profissionais nos serviços já existentes, o Estado absorveu um grande número de novos trabalhadores. Entre o final do ano de 1984 e o início de 85, foram contratados 30 terapeutas ocupacionais, sendo 11 para ambulatórios e 19 para o Juqueri.

A experiência de implantação da Terapia Ocupacional em ambulatório de saúde mental

Participamos diretamente, desde março de 1985, da experiência de inserção da Terapia Ocupacional em duas instituições:

primeiro no Ambulatório de Saúde Mental do Mandaqui e posteriormente, desde março de 1988, na UBS1 Dr. Edgard Mantoanelli. Ambas fizeram parte do Projeto de Saúde Mental da Zona Norte.

No início de 1989, após termos encerrado essas experiências, que não serão aqui comentadas, com base em um estudo preliminar sobre as práticas que havíamos desenvolvido, elaboramos um roteiro (anexo I) para a coleta de depoimentos sobre a experiência dos terapeutas ocupacionais inseridos em ambulatórios de saúde mental. O objetivo inicial foi o de criar subsídios que possibilitassem a realização de uma avaliação das experiências desenvolvidas. Pretendíamos levantar questões tanto sobre os aspectos mais gerais da Política de Saúde Mental como, e mais especificamente, sobre as dificuldades e necessidades sentidas pelos profissionais nos primeiros anos de tentativa de implantação de uma nova Política.

E é um pouco desse trabalho que apresentamos a seguir:

Foram entrevistados 12 terapeutas ocupacionais de 10 ambulatórios da região metropolitana de São Paulo. De um total de 15 ambulatórios, na época, três encontravam-se sem terapeuta ocupacional e em um a profissional encontrava-se em licença médica.

Em contatos individuais o roteiro era apresentado e discutido, solicitava-se ao profissional entrevistado que realizasse seu depoimento sem a nossa interferência e com liberdade para comentar apenas o que julgasse possível naquele momento. Pretendemos com esse procedimento captar as impressões mais emergentes sobre cada questão levantada pelo roteiro, sem o objetivo de captar o máximo de aprofundamento e elaboração que os profissionais pudessem ter para as questões. Tentamos assim desenhar um panorama mais geral das práticas, suas tendências principais. Cada depoimento foi gravado, tendo em média 120 minutos de duração, e posteriormente transcritos integralmente.

Pretendemos, através dos depoimentos, compor quatro perfis distintos:

A — PERFIL INSTITUCIONAL: com o objetivo de caracterizar a estrutura

geral de funcionamento de cada instituição.

B – PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA EM TERAPIA OCUPACIONAL: com o objetivo de estabelecer as características principais da população atendida segundo a visão do profissional.

C – PERFIL DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL: dividido em duas partes: a primeira teve como objetivo caracterizar o atendimento desenvolvido em termos de sua proposta geral, objetivos, recursos técnicos e as diferenças entre o atendimento grupal e individual. A segunda tentou detectar as deficiências da formação profissional e as tendências de especialização seguida pelos técnicos.

D – PERFIL DE OPINIÕES: teve por objetivo tentar apreender os nexos estabelecidos pelos profissionais sobre os temas: 1) Política de Saúde Mental, 2) O trabalho em saúde mental e suas contradições, 3) O movimento dos trabalhadores de saúde mental, 4) A multiprofissionalidade e, finalmente, 5), Avaliar as perspectivas profissionais de cada entrevistado.

Apresentação dos dados e alguns comentários: quanto ao perfil institucional

Dos 10 ambulatórios pesquisados, seis já existiam antes da implantação da nova proposta, tendo em média mais de 10 anos de funcionamento. Os demais foram inaugurados na vigência desta, tendo em média 5 anos.

Em todos a Terapia Ocupacional foi implantada a partir da nova política.

Dos terapeutas entrevistados, cinco estavam nas unidades desde o início da implantação da proposta e cinco ingressaram posteriormente, sendo que um deles estava no ambulatório há apenas 5 meses. Os dados flagraram o êxodo e conseqüente rotatividade dos profissionais nos serviços da rede pública, principalmente naqueles da periferia da cidade.

Quanto à composição das equipes

Percebeu-se que a composição preconizada pelo projeto original de ter-se em cada ambulatório: cinco psiquiatras, cinco psicólogos, três assistentes sociais, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo, quatro visitadores domiciliares e seis atendentes de enfermagem mostrou grande variação. Foram relatados extremos dignos de nota como dois ambulatórios que possuíam mais de 10 psiquiatras e um, que na mesma época, estava sem psiquiatra. Observou-se ser nos ambulatórios da periferia onde ocorre o maior êxodo e falta de profissionais.

Em todos os ambulatórios pesquisados, inexistia a função do visitador domiciliar, ao mesmo tempo que é notável a hipertrofia de pessoal em tarefas administrativas, existindo em média 20 funcionários administrativos, por ambulatório, sendo que destes apenas uma pequena parcela, dois ou três por unidade, estão vinculados à assistência. O que mostrou a não-viabilização da proposta inicial de transformar a maioria dos agentes institucionais em participantes no processo assistencial.

As relações hierárquicas são mantidas a partir da figura do diretor da unidade, que é sempre um médico, e de um encarregado administrativo. Parece haver uma tendência, que ficou bem clara em duas unidades, de criar uma subordinação dos funcionários que têm papel na assistência ao enfermeiro, o que mostra um desvio da proposta inicial e a reprodução de uma visão mais tradicional de organização de um serviço de saúde mental.

Quanto à atual proposta de trabalho desenvolvida

Todos os profissionais foram unânimes em afirmar que o trabalho foi iniciado ou reorientado, no caso dos ambulatórios antigos, pela discussão da *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em UBS e ASM*, de 1983.

Percebeu-se certa dificuldade no tecer comentários, mesmo que gerais, sobre o conteúdo dessa proposta:

" – ... eu conheço a cartilha, eu acho que atualmente algumas coisas estão muito distorcidas... a proposta da cartilha é muito ampla e a gente não tem muito recurso para seguir... " (Depoimento 1)

" – ... aquela proposta era de um trabalho muito clínico, até dava uma perspectiva de abertura, mas era uma cartilha, uma receita... " (Dep. 2)

" – Quanto à cartilha, eu não tenho claro, não me lembro qual era a proposta... " (Dep. 3)

" – Acho que a gente no começo leu a proposta da cartilha e basicamente está montado nequeles pressupostos, mas nesses cinco anos, já tivemos diversas formas de organização diferentes. " (Dep. 5)

" – Desde a implantação de um serviço diferente, com profissionais novos, teve uma proposta de trabalho interdisciplinar, de se começar a discutir os atendimentos da nossa demanda, em equipe, e fazer o atendimento em grupo. Pelo menos, agora, o que fica daquela proposta é uma coisa assim. " (Dep. 6)

" – ... acho que naquela época, sem entrar no mérito de se era bom ou não, ... Existia uma proposta clara a nível de governo... embora aqui a cartilha tenha sido colocada como um decreto e não como uma coisa pensada mais amplamente... " (Dep. 9).

Quanto à proposta em desenvolvimento

Percebeu-se que, apesar da prevalência da idéia de organização do trabalho por programas, ocorreu uma grande fragmentação do trabalho em equipe. Na prática, as equipes acabaram subdividindo-se e mantendo pouca articulação entre si. De uma divisão inicial entre equipe de adultos e equipe infantil (é essa a terminologia usada nos ambulatórios), ocorreu também uma fragmentação da equipe de adultos, primeiramente no trabalho com neuróticos e psicóticos e posteriormente com outros grupos.

O critério diagnóstico prevaleceu; neu-

róticos, psicóticos, alcoólatras, epiléticos, etc. seguido do critério de faixa etária; crianças, adolescentes, adultos, terceira idade, e finalmente apareceu também um critério relacionado ao grau de cronicidade; pacientes crônicos, menos crônicos e não-cronificados. Notou-se grande heterogeneidade no uso do critério diagnóstico na seleção da demanda e organização do trabalho assistencial.

A sugestão de organização do trabalho em níveis de intensidade, como foi descrita na *Proposta...*, pareceu não ter sido assimilada pelas equipes, ou, quando foi citada, apresentou-se apenas referida aos Programas de Intensidade Máxima, destinados a pacientes em crise aguda e com o objetivo de evitar-se internações. Apenas três ambulatórios conseguiram manter esse tipo de intervenção.

Todos os ambulatórios realizavam triagem a partir de agendamento prévio, exceto para os casos de emergência. As triagens também foram subdivididas. Nenhum profissional citou a existência de algum trabalho específico de recepção da clientela na unidade.

Quanto ao momento das instituições; os trechos de depoimentos ilustram muito bem a situação

" – Acho que a situação do ambulatório e a de várias instituições públicas, com a saída de muitos profissionais, dificulta, desarticula... ocorrem muitas mudanças, as propostas ficam muito frágeis e duram pouco. Agora há uma nova proposta da Secretaria, essa questão da produtividade, da quantidade... dá um outro rumo ao ambulatório, ... a questão da qualidade acaba não sendo considerada,.... o tipo de tratamento também, os programas foram perdendo a cor, e agora há uma retomada da proposta de atendimento individual. " (Dep. 6)

" – Houve a saída de profissionais..., as exigências de produtividade e a gente não conseguindo discutir o nosso trabalho, enquanto projeto..., temos que atender, a Secretaria exige, se não se produz tanto, não se ganha. " (Dep. 7)

" – A descentralização pulverizou,

não sabemos o que está acontecendo nos outros lugares e com o PGI só se vê a pressão pela produtividade, não há uma proposta clara, só desmobilização... no geral está péssimo, os salários cada vez piores." (Dep. 9)

" – Acho que o momento que a gente atravessa é um momento onde não se tem nenhuma participação, de muito desestímulo, onde as pessoas estão sem nenhuma esperança, muito cansadas, nenhuma perspectiva política,... desânimo geral." (Dep. 10)

Quanto à relação do ambulatório com outros serviços

Os depoimentos coincidiram em afirmar que não se conseguiu estabelecer mecanismos de comunicação adequados com os serviços para onde são encaminhados os pacientes ou com aqueles dos quais se recebem encaminhamentos. As instituições desenvolvem seus trabalhos de forma extremamente isolada, as referências e contra-referências, na região, são apenas formais, não existindo a efetiva comunicação e integração.

Quanto à relação do ambulatório com as internações psiquiátricas, viu-se que

" – A internação... é muito complicado..., desde a ambulância que vem buscar o paciente e que a gente fica esperando o dia inteiro... a gente na verdade não tem um esquema bem montado para atender a essas emergências..." (Dep. 1)

" – A gente faz internações, geralmente usando a rede pública, mas se está em um momento que se pode tudo, inclusive caminhar daqui para hospitais conveniados... só que uma relação com o hospital psiquiátrico, de você ter contato enquanto o paciente está lá, de poder estar discutindo o caso, de poder estar indo lá ver o paciente, isso não existe, o que existe é assim, existe uma central de vagas, a gente precisa de uma vaga, liga para a central que fornece a vaga... não existe um serviço, depois os pacientes não são orientados a voltarem ao ambulatório." (Dep. 2).

" – Na verdade não se tem uma relação clara, do ambulatório com as internações, existe a relação clara de um grupo, muitas vezes eu vi, na emergência, pessoas que poderiam ir para o PIM serem internadas,... não era um grande número porque a gente barrava." (Dep. 7)

" – Não temos contato com o paciente na internação, é a administração que solicita a internação para a central de vagas, após pedido do médico." (Dep. 8)

Só os ambulatórios da Zona Norte mostraram uma relação mais adequada com as unidades de internação:

" – Quando se interna, porque a nossa política é de não internar, é na enfermaria do Hospital do Mandaqui, não se manda para o Pinel e nem para hospitais conveniados... a relação com a enfermaria é boa, dá para ligar, para visitar o paciente e isso é bastante interessante... mas isso também foi um longo processo, até os médicos incorporarem que o ambulatório está lá para isso, para atender a crise, que não é para internar... foi no mínimo um ano de discussão e hoje isso está mais organizado." (Dep. 3)

" – A proposta de evitar a internação psiquiátrica sempre houve, agora, considerando-se a instituição como um conjunto de pessoas, acho que há pessoas mais e outras menos preocupadas com essa questão. Acho que nem todas as internações que acontecem são de consenso. Acho que as internações diminuíram muito." (Dep. 6)

É interessante observar que uma cultura da não-internação pode sustentar-se, mesmo que não-hegemonicamente, mas a viabilização desse princípio depende de uma série de fatores que nem sempre acontecem: a existência de uma alternativa real à internação, em termos assistenciais, como os PIMs (Programas de Intensidade Máxima) associados a serviço eficiente de emergência psiquiátrica, com leitos de curta permanência parece de fundamental importância.

Quanto à questão da supervisão, institucional e técnica

Todos os ambulatórios pesquisados passaram por supervisões institucionais e técnicas, os profissionais avaliaram essas experiências como positivas e apontaram sua contribuição principalmente em relação à melhoria das relações de trabalho. Na época da coleta dos depoimentos, em apenas um ambulatório ocorria a prática da supervisão institucional. Todos os demais reivindicaram supervisão, institucional, técnica ou ambas, e atribuíam aos ERSAS a dificuldade em se conseguir concretizar as propostas. Em três ambulatórios ocorria o processo de discussão para escolha de supervisores. Na região de Santo Amaro relatou-se a existência de uma supervisão destinada às equipes de unidades da região que desenvolviam trabalhos com crianças.

Em relação à população atendida em Terapia Ocupacional

No plano mais geral, os profissionais consideraram primeiramente a questão diagnóstica e em segundo lugar, as características socio-econômicas; tivemos então:

" — ...são pacientes adultos, psicóticos, crônicos ou agudos,... não têm critério a nível de diagnóstico nem de número de internações, mas são pacientes que têm comprometimento emocional muito forte... é uma população trabalhadora, quando chegam aqui estão na caixa, mas geralmente são pessoas que já trabalharam... até começarem a ficar doentes..." (Dep. 2)

" — São adultos jovens, isso com relação aos psicóticos... tem uma população de faixa etária maior, que são os crônicos... População basicamente de uma classe social baixa, socialmente carente, moram na região, ...baixa renda... Em geral, os psicóticos não estão trabalhando, acabam abandonando o trabalho por conta da crise e fica muito difícil voltar..." (Dep. 3)

" — ...basicamente atendo psicóti-

cos,... as condições sociais são de uma população carente, de condições culturais mais limitadas, é uma população jovem, não estou com pacientes crônicos... Os pacientes geralmente não estão trabalhando, ...pararam de fazer tudo..." (Dep. 6).

" — ...é uma área da periferia, a população que procura o ambulatório tem uma realidade econômica, cultural, de moradia, de alimentação, bastante difícil e a grande maioria nem tem assistência previdenciária. É uma população que mesmo antes do processo de doença já ocupava trabalhos marginalizados, subempregos..." (Dep. 11)

Todos os profissionais, em seus depoimentos, foram unânimes ao afirmarem a correlação entre o sofrimento psíquico e as condições de vida e trabalho da população atendida. É importante apontar que essa percepção, por si só, pareceu não levar ao questionamento do próprio papel da assistência prestada pelas unidades.

" — ...e a gente percebe que a questão da doença mental vem muito carregada dessa situação social, que a vida das pessoas é extremamente empobrecida, em todos os aspectos, acaba de alguma forma em doença e não só em doença mental mas em todo tipo de doenças..." (Dep. 11)

Frente a essa constatação, alguns profissionais chegaram ao questionamento sobre o verdadeiro papel social dos serviços de saúde mental, e dois profissionais referiram-se à necessidade de criação de trabalhos comunitários com outras características, embora não tenham sido relatadas experiências desse tipo.

Sobre a relação entre altas e abandonos

Nesse aspecto, houve consenso na constatação do elevado índice de abandonos, sendo essa situação atribuída à hipótese dos ambulatórios não oferecerem aquilo que a população busca, ou que o tipo de atendimento oferecido não responde a necessidades mais imediatas da população que a ele recorre.

Por outro lado relatou-se, em todas as experiências, a existência de grande dificuldade na definição de critérios de alta, o que acaba ocorrendo é que no geral não se dá alta.

Quanto ao perfil do atendimento em Terapia Ocupacional

Como foi apontado, os depoimentos referem como principal tarefa da Terapia Ocupacional o atendimento a pacientes diagnosticados como psicóticos, seguido do atendimento a crianças. As práticas grupais são priorizadas. Observou-se que não há propriamente um critério que defina o porquê da opção pelos atendimentos em grupo. Também, em relação aos atendimentos individuais, que são pouco desenvolvidos, não são definidos critérios objetivos. Os depoimentos falam em "dificuldade para estar em grupo", como sendo o critério que define a opção pelo atendimento individualizado e na "não existência de contra-indicação para estar em grupo", como o critério que define a opção pelo atendimento grupal.

Quanto aos objetivos do trabalho e o tipo de abordagem utilizada

Detectou-se nas respostas a essa questão grande indefinição sobre a especificidade das práticas de Terapia Ocupacional desenvolvidas. Parece que faltam referenciais teóricos, o que aponta para a necessidade de desenvolvimento teórico da área.

Há uma heterogeneidade e relativização de critérios muito grande.

Em termos de objetivos específicos, apontou-se principalmente para a questão da comunicação e do pragmatismo.

Quanto ao tipo de abordagem, prevaleceu nas definições a caracterização da abordagem como *psicodinâmica* e uma classificação quanto ao desenvolvimento de práticas *diretivas* e *não-diretivas*, dependendo da necessidade do paciente. Apontamos aqui certa dificuldade na formulação do tema, evidenciamos que os

relatos sobre as práticas desenvolvidas apresentaram grande riqueza de detalhes e preocupações que não se traduziram nas formulações apresentadas ou que não apareceram quando se tentou *teorizar* a prática.

" — ...geralmente na T.O. a gente tenta melhorar o contato do paciente com as coisas, eu diria com as coisas, por exemplo... comigo, com a sala, com as pessoas, com os objetos, com os materiais, com a família e evitar internação. Não tem objetivo nenhum de cura, eu acho que se conseguirmos manter o paciente bem, com até alguma atividade produtiva... " (Dep. 2)

" — Acho que a T.O. no ambulatório visa a questão terapêutica, mas está muito voltada para a questão da comunicação... a gente consegue perceber mais a questão da comunicação como uma questão ligada à T.O., os próprios técnicos têm esse critério para os encaminhamentos... Não existe um critério rígido... para a T.O. se parte mais da questão da comunicação e do pragmatismo... para o PIM o critério é o paciente estar em surto, não se agredir e não ter risco de agressão aos outros." - (Dep. 4)

" — O tipo de abordagem é dinâmica... para as crianças e para os adultos, depende do caso... se os pacientes são muito crônicos, há uma abordagem mais diretiva... o uso de atividade não é obrigatório, é um instrumento facilitador da comunicação." (Dep. 10)

" — ... Os objetivos eram esses de estar trabalhando diretamente com a queixa mas também de estar podendo transformar isso numa coisa mais compartilhada, poder tomar consciência desse processo... O uso de atividades é um uso livre, a gente tem uma sala de T.O. grande, bem equipada... e que vem sendo usada não só pela T.O. Há uma vida e a própria organização dela é feita pelos pacientes..." (Dep. 10)

Em relação a como os profissionais definem a Terapia Ocupacional, a partir da prática que realizam, tivemos:

" – Quanto à minha definição de T.O., aquela definição que a gente aprende na faculdade é uma definição muito chapada, muito indiferenciada, eu acho que foi mudando... e o que eu conseguiria falar, a grosso modo, seria que a T.O. se presta na maioria dos momentos, principalmente para o trabalho com psicóticos, que é o que mais eu venho fazendo, se presta a dar condições para o paciente experimentar coisas que ele não pode experimentar e trabalhar em toda a sua vida para poder resolvê-las ou não..." (Dep. 1)

" – Acho que a T.O. é usar atividades, é cada vez mais interiorizar as atividades, pegar uma atividade, estudar aquilo que pode propiciar, fazer análise... e conhecer um pouco de psicopatologia, de psicodinâmica, e juntar essas coisas, acho que a T.O. é tentar juntar o momento do paciente, o momento de sofrimento..., com uma atividade, na qual ele possa se ver na atividade, ele possa fazer alguma coisa..." (Dep. 2)

" – ... pensando na minha experiência, eu definiria a T.O. como sendo uma prática, uma técnica terapêutica que tem como recurso a utilização de atividades com objetivo de estar estabelecendo um vínculo com a pessoa." (Dep. 3)

" – Acho que a T.O. é um tipo de ajuda que se pode dar para algumas pessoas, o contato, a forma de expressão que propicia, o tipo de discussão que pode promover... acho que a coisa da linguagem é específica, acho que a existência da atividade promove uma ajuda específica, tem alguns pacientes que não dá para outro tipo de abordagem..." (Dep. 6)

" – Acho que é difícil para os T.Os falarem de seu trabalho... O T.O. é um trabalhador da saúde que usa um recurso específico para tratar... o recurso da T.O. é a atividade, que pode ser múltipla, mas que em alguns momentos é específica... o que vai definir isso é a demanda do grupo e da pessoa..." (Dep. 7)

" – Acho que a T.O. que eu pratico tenta ser uma forma de tratamento para pessoas mais regredidas, ser assim um

degrauzinho na evolução dessa pessoa..." (Dep. 10)

" – Para mim a T.O. vem como uma forma de atendimento em que você está lidando com aspectos extremamente amplos da vida do indivíduo, mas que ele traz para a gente centralizado em um problema. Na T.O. a gente transforma esse problema em algo da vida dele, faz uso da atividade do ser humano para tentar estar resolvendo a problemática visualizada..." (Dep. 11)

Parece que a falta de um processo mais aprofundado de reflexão sobre o que se faz, articulado a referências teóricas mais seguras, produz uma certa confusão conceitual. O que, em nossa opinião, limita a percepção para a riqueza e contradições das práticas realizadas, dificultando a teorização. Por outro lado notamos que esse não é um problema exclusivo da Terapia Ocupacional, mas de todas as intervenções em saúde mental.

Quanto à formação universitária e sua relação com as necessidades profissionais

Os depoimentos apontaram para a deficiência do ensino universitário na área. A formação foi colocada como distante da realidade profissional e muito deficitária. Todos os terapeutas ouvidos tentaram superar essa dificuldade através de cursos, estágios, grupos de estudo supervisão e autodidatismo. Nesse processo é importante ressaltar o papel do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional – CETO, por onde passaram metade dos entrevistados.

Todos os profissionais apontaram como prioritário o desenvolvimento de subsídios teóricos na área.

Finalizando

Tentamos até aqui promover o levantamento das principais características da Terapia Ocupacional em sua prática nos ambulatórios de saúde mental.

O conteúdo dos depoimentos é muito rico e não foi aqui explorado em todas as suas dimensões. Tanto as práticas por

nós desenvolvidas como as verificadas através do contato com outros profissionais apontaram para a necessidade urgente de reflexão e aprofundamento teórico que possa contribuir na solução dos impasses ora enfrentados e fundamentar o desenvolvimento de novas práticas. Há pontos importantes de serem assinalados:

– A prática mostrou que as intenções contidas na *cartilha*, nome pelo qual ficou conhecida a *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais...*, eram predominantemente técnico-administrativas e deixaram de contemplar uma série de contradições que muito cedo apareceram.

– A dificuldade dos *novos* profissionais em desenvolverem e formularem as pretendidas práticas alternativas parece tê-los levado ao impasse entre o modelo médico ou práticas psicoterápicas. O viés tecnicista acabou prevalecendo, trazendo um sentimento de impotência aos novos trabalhadores que percebiam-se incapazes de desenvolverem novas práticas pela falta de uma formação técnica específica.

– A psicanálise acabou tornando-se o recurso desejado mas inatingível e essa situação deveu-se, em larga medida, ao tipo de prática desenvolvida pelos supervisores institucionais e técnicos, que em sua maioria tinham formação psicanalítica.

– Esse *ofuscamento* produzido pela suposta necessidade imprescindível da técnica impediu, também, a valorização e persistência de práticas realmente inovadoras e transformadoras.

– O excesso de demanda, principalmente nos ambulatórios mais periféricos, muitas vezes interrompeu o acesso da população aos ambulatórios, que muitas vezes fechavam suas portas para avaliar o que fazer.

– Além de assinalar diagnósticos e faixas etárias, a *cartilha* não avalia quem seriam esses sujeitos sociais alvo da intervenção pretendida. Sua inserção social, necessidades objetivas e subjetivas. Daí um enfrentamento às *cegas* da realidade social. Tanto na teoria como na prática,

idealizava-se o social e as próprias estruturas prestadoras de serviço como capazes de responder à demanda.

– Organizar o ambulatório na visão técnico-administrativa consiste apenas em organizar programas, previamente definidos pelo critério diagnóstico e de faixa etária e garantir um suporte técnico adequado ao enfrentamento das *patologias em questão*. Não explicitando o sentido político dessa prática.

– Por outro lado, o nível de consciência dos trabalhadores de saúde mental sobre o papel político que desempenham, independentemente de suas vontades individuais, parece ainda muito incipiente. Assim, a fragilidade do discurso oficial não foi superada por um posicionamento diferenciado dos trabalhadores de saúde mental.

Com o levantamento desses pontos de questionamento, não pretendemos invalidar a importância das experiências desenvolvidas. Há, inegavelmente, um saldo positivo, um avanço real que deve ser valorizado e preservado.

Há determinações de ordem mais geral que devem ser vistas, inclusive, com um nível de importância maior do que o da relação entre governo e trabalhadores de saúde mental.

– A participação do usuário e a aliança necessária entre esse e os trabalhadores de saúde mental não se concretizou na prática. Assim, a luta dos TSM travou-se basicamente no interior das instituições, não conseguindo romper seus muros.

– Tentou-se uma reforma assistencial com vistas a uma transformação na política de saúde mental numa conjuntura econômico-social que manteve sua lógica e que não estava sendo transformada.

– Atualmente, é nítido o sucateamento da rede pública de saúde e o descaso governamental nessa questão.

A reforma administrativa da Secretaria da Saúde e a lentidão na implantação do

SUS em São Paulo parecem servir apenas para reforçar interesses locais, clientelistas e eleitoreiros dos detentores do poder político no estado.

Não houve uma resposta à altura por parte da sociedade civil organizada; entidades da saúde, sindicatos e movimentos populares de saúde. Percebe-se atualmente um retrocesso nos movimentos que seriam supostamente capazes de fazer reverter esse quadro.

A saúde pública no País vive um grande impasse; no plano institucional há o avanço representado pelo SUS e pelo

novo texto constitucional, mas que não está sendo concretizado; a questão que fica sobre esse momento é: Que forças poderiam fazer esse processo avançar em direção aos interesses da maioria da população?

Finalmente, salientamos que a construção de uma nova prática não depende apenas de um esforço interno à profissão e só é possível quando existe a contrapartida no movimento do real, na necessidade objetiva de mudança e sujeitos sensíveis a isso, do contrário nenhuma nova prática irá consolidar-se nem tampouco tornar-se hegemônica.

ANEXO 1

<i>Terapeuta entrevistada.....</i>	<i>Data:.....</i>
<i>Tempo de formado.....</i>	
A – PERFIL INSTITUCIONAL	
<i>1. Ambulatório.....</i>	
<i>2. Tempo de implantação.....</i>	
<i>3. Tempo de implantação da T.O.</i>	
<i>4. Ingresso do terapeuta atual no ambulatório.....</i>	
<i>5. Composição da equipe: médico psiquiatra....., médico de outras especialidades....., psicólogo....., assistente social....., enfermeiro....., fonoaudiólogo....., terapeuta ocupacional.....</i>	
<i>equipe não-técnica: administrativos.....</i>	
<i>ligados à assistência.....</i>	
<i>Hierarquia.....</i>	
<i>Articulações.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>6. Proposta Institucional (descrição).....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>7. Relação entre a Proposta Institucional atual e a Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em UBS e ASM-1983.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>8. Processo de constituição da proposta atual.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	
<i>.....</i>	

6. Alta/abandono

7. Outros dados considerados importantes

C – PERFIL DO ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL

C.1. Quanto à prática

1. Inserção em programas

2. Proposta de atendimento em Terapia Ocupacional.....

3. Dinâmica de atendimento.....

4. Objetivos gerais

5. Critérios de encaminhamento

6. Proposta de atendimento individualizado:

nº de pacientes

rotatividade

critérios

objetivos específicos

tipo de abordagem.....

uso de atividades

7. Proposta de atendimento grupal:

nº de pacientes

rotatividade

critérios

.....

objetivos específicos

.....

tipo de abordagem

.....

uso de atividades

.....

8. Como avalia a inserção da T.O. em ambulatório de Saúde Mental? (processo e momento atual)

.....

.....

9. A partir de sua prática, como define a T.O.?

.....

.....

.....

C.2. Quanto à formação

1. Correlação entre a formação universitária e as necessidades sentidas na prática profissional

.....

.....

2. Necessidades mais imediatamente reconhecidas quando do início do exercício profissional na área da Saúde Mental

.....

.....

3. Investimento atual na formação (tendência principal)

.....

.....

através de: grupo de estudo

.....

cursos

supervisão

autodidatismo

.....

.....

4. Autores e/ou bibliografia básica para formação na área

5. Perfil ideal do T.O. em ambulatório de Saúde Mental.....

D. OPINIÕES DO T.O.

1. Sobre a Política de Saúde Mental hoje

2. Sobre o trabalho em Saúde Mental e suas contradições

3. Sobre a articulação do movimento de TSM ou qualquer outro movimento social

4. Sobre a multidisciplinaridade

5. Sobre suas perspectivas profissionais

RESUMO

Este artigo é parte da pesquisa *Terapia ocupacional: da política à contra política asilar*. Apresenta subsídios para a avaliação das práticas desenvolvidas pela Terapia Ocupacional em Ambulatórios de Saúde Mental, no município de São Paulo, a partir da análise de dados de entrevistas de profissionais que atuam nessas instituições.

ABSTRACT

This article belongs to a research denominated "Occupational Therapy: from Politics to Asiluns counterpolitics". This subject introduces some subsidies to appraise Occupational Therapy practices developed by Mental Health Ambulatories in São Paulo, start from the interviews analysis of the professionals who work in these institutions.

Referências Bibliográficas

MANGIA, E. F. *Terapia Ocupacional: da política à contra política asilar*. Relatório de pesquisa. 1990. FMUSP.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE — *Proposta de trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde e Ambulatórios de Saúde Mental*. Arquivos da CSM Estado de São Paulo. V. XLIII, nº especial, jan./82 a dez./83.