



Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

**Saberes e
Competências
em Fisioterapia e
Terapia Ocupacional 2**

Anelice Calixto Ruh
(Organizadora)

Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Lorena Prestes
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S115	Saberes e competências em fisioterapia e terapia ocupacional 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Anelice Calixto Ruh. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saberes e Competências em Fisioterapia e Terapia Ocupacional; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-471-9 DOI 10.22533/at.ed.719191007 1. Fisioterapia. 2. Terapia ocupacional. 3. Saúde. I. Ruh, Anelice Calixto. II. Série. CDD 615
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A Fisioterapia e a Terapia Ocupacional eram vistas como profissões secundárias na saúde pública, mas de uns anos para cá se tornaram primordial nas equipes de atenção primária a saúde, incluindo serviços de emergência e urgência, prevenção e tratamento.

Como estes profissionais dispensam uma atenção e contato direto com o paciente, devem estar atentos a sua forma de trabalho e carga horária. Estas condições e as formas de organização do processo de trabalho podem proporcionar equilíbrio e satisfação, como podem gerar tensão, insatisfação e conseqüentemente adoecimento do trabalhador. Neste volume encontramos uma revisão muito importante a cerca deste tema ainda não explorado.

No âmbito da terapia ocupacional a música se torna um instrumento de reabilitação, reinserção, tratamento e prevenção de muitos desvios comportamentais principalmente dos jovens.

Alvo de discriminação pessoas com problemas de saúde mental eram excluídas da sociedade. Mas as práticas de cuidado em saúde mental atualmente têm demonstrado experiências positivas de inclusão social por meio de diversos dispositivos, dentre eles o trabalho, confirmando uma estratégia potente no processo de emancipação e de autonomia das pessoas com transtornos mentais.

Ainda neste volume encontramos artigos sobre doenças relacionadas ao envelhecimento.

Se atualize constantemente!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DA INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO TRANSPORTE AÉREO DE PACIENTES CRÍTICOS	
Geiferson Santos do Nascimento Keli Nascimento de Araújo Railton da Conceição Menezes Silviane Passos Monteiro	
DOI 10.22533/at.ed.7191910071	
CAPÍTULO 2	14
SÍNDROME DE BURNOUT EM FISIOTERAPEUTAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA	
Cleide Lucilla Carneiro Santos Carlito Lopes Nascimento Sobrinho Gabriella Bene Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.7191910072	
CAPÍTULO 3	30
FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS FISIOTERAPEUTAS EGRESSOS DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	
Alana Maiara Brito Bibiano Emanuella Pinheiro de Farias Bispo Marília Martina Guanaany de Oliveira Tenório Roberto Firpo de Almeida Filho Michelle Carolina Garcia da Rocha	
DOI 10.22533/at.ed.7191910073	
CAPÍTULO 4	40
A PRÁTICA FISIOTERAPÊUTICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: ANALOGIA ENTRE A PROPOSTA DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) E UMA REALIDADE NA REGIÃO AMAZÔNICA	
Geiferson Santos do Nascimento Isabella Naiara de Almeida Moura	
DOI 10.22533/at.ed.7191910074	
CAPÍTULO 5	54
HIP HOP E TERAPIA OCUPACIONAL : IDENTIDADE, CONSCIENTIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE JOVENS	
Heliana Castro Alves Natasha Pompeu de Oliveira Aline Dessupoio Chaves	
DOI 10.22533/at.ed.7191910075	
CAPÍTULO 6	67
DELINEANDO O CAMINHO: SELECIONANDO DESCRITORES PARA REVISÃO INTEGRATIVA NO ÂMBITO DA TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL	
Yuri Fontenelle Lima Montenegro Chrystiane Maria Veras Porto Marilene Calderaro Munguba	
DOI 10.22533/at.ed.7191910076	

CAPÍTULO 7	78
TERAPIA OCUPACIONAL E O MOVIMENTO DE ARTES E OFÍCIOS: UMA PROPOSTA ONTOLÓGICA DO FAZER ARTESANAL	
Geruza Valadares Souza Marcus Vinicius Machado de Almeida	
DOI 10.22533/at.ed.7191910077	
CAPÍTULO 8	98
IMPLEMENTAÇÃO DE PROCESSOS FORMATIVOS POR MEIO DE CENTROS REGIONAIS DE REFERÊNCIA PARA AGENTES E TRABALHADORES ATUANTES NO CAMPO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS	
Andrea Ruzzi-Pereira Paulo Estevão Pereira Ailton de Souza Aragão Rosimar Alves Querino Erika Renata Trevisan	
DOI 10.22533/at.ed.7191910078	
CAPÍTULO 9	109
O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL PARA A ARTICULAÇÃO TERRITORIAL NO ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS	
Ailton de Souza Aragão Rosimár Alves Querino Erika Renata Trevisan Andrea Ruzzi Pereira Paulo Estevão Pereira	
DOI 10.22533/at.ed.7191910079	
CAPÍTULO 10	126
ITINERÁRIOS EM SAÚDE MENTAL: TENDÊNCIAS E NECESSIDADES	
Raphaela Schiassi Hernandes Genezini Bianca Gonçalves De Carrasco Bassi	
DOI 10.22533/at.ed.71919100710	
CAPÍTULO 11	141
OFICINAS DE GERAÇÃO DE RENDA EM SAÚDE MENTAL: INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO	
Erika Renata Trevisan Ana Cláudia Ramos Fidencio Andrea Ruzzi Pereira Ailton de Souza Aragão Paulo Estevão Pereira Rosimar Alves Querino	
DOI 10.22533/at.ed.71919100711	
CAPÍTULO 12	155
ENSAIO TEÓRICO-PRÁTICO EM TERAPIA OCUPACIONAL:REINVENTANDO LUGARES E ESCOLHAS OCUPACIONAIS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	
Rita de Cássia Barcellos Bittencourt Luiz Antonio Pitthan	
DOI 10.22533/at.ed.71919100712	
CAPÍTULO 13	169
APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IMAGEM POSTURAL EM INDIVÍDUOS COM DOENÇA	

DE PARKINSON (EAIP-DP): ESTUDO PILOTO

Milena Velame Deitos
Karen Valadares Trippo

DOI 10.22533/at.ed.71919100713

CAPÍTULO 14 183

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO EXECUTIVA EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON TRATADOS COM EXERGAME: UMA SÉRIE DE CASOS

Karen Valadares Trippo
Carolina Ferreira Oliveira
Daniel Dominguez Ferraz

DOI 10.22533/at.ed.71919100714

CAPÍTULO 15 200

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE) PROVENIENTES DO HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE MAIA (HRTM)

Oziel Tardely Sousa Farias
Vinícius Carlos de Oliveira Amorim
Pablo de Castro Santos

DOI 10.22533/at.ed.71919100715

CAPÍTULO 16 215

AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO E MOBILIDADE EM IDOSOS COM GONARTROSE

Jhonata Clarck Rodrigues da Silva
Dominique Babini Lapa de Albuquerque
Dianny Dairly Barbosa de Lucena

DOI 10.22533/at.ed.71919100716

SOBRE A ORGANIZADORA..... 223

ITINERÁRIOS EM SAÚDE MENTAL: TENDÊNCIAS E NECESSIDADES

Raphaela Schiassi Hernandes Genezini

Universidade Federal de Sergipe

Lagarto-SE, Brasil

Bianca Gonçalves De Carrasco Bassi

Universidade Federal de Santa Maria

RESUMO: Um olhar sobre o trabalho de terapeutas ocupacionais e outros profissionais da saúde nos cenários atuais de Saúde Mental provoca inúmeras indagações para os estudiosos do campo. A relação da especificidade das intervenções e a composição dos movimentos constituídos na Reabilitação Psicossocial aproximam as práticas com tradições humanistas, sociais e políticas em manejos com campos teóricos e procedimentais. Indiscutivelmente os ganhos nas composições de equipes multidisciplinares em Saúde Mental são visíveis por atuais debates e enfrentamentos que os equipamentos substitutivos e as políticas públicas exigem. Algumas inquietações quanto aos processos de Reabilitação Psicossocial, tido, aqui, como uma finalidade na atual política de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) motivaram a formação desse curso, levando à busca de maior compreensão do trabalho dos profissionais da Saúde Mental e também uma necessidade de busca maior pelo próprio conhecimento da teoria que envolve essa área. Este curso colaborou na reflexão

e compreensão das contribuições da terapia ocupacional e também de outros profissionais no contexto do cuidado integral em Saúde Mental, considerando o seu potencial de contribuir no sentido do desenvolvimento da autonomia, emancipação e inserção social dos sujeitos. A organização do curso teve como objetivo promover discussões teóricas/práticas sobre Saúde Mental, desde aspectos históricos, patologias, formas de atendimentos e assuntos pertinentes ao tema. Desta forma, utilizou-se de palestras, discussões e reflexões que surgiram no decorrer dos encontros de acordo com a necessidade dos participantes, além disso, foram realizadas visitas em locais de atendimento em Saúde Mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Reabilitação Psicossocial; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT: A look at the work of occupational therapists and other health professionals in the current Mental Health scenarios causes innumerable questions for field scholars. The relationship between the specificity of the interventions and the composition of the movements constituted in Psychosocial Rehabilitation approximate practices with humanistic, social and political traditions in management with theoretical and procedural fields. Arguably, gains in the composition of multidisciplinary teams in Mental Health are

visible by the current debates and confrontations that substitutive equipment and public policies demand. Some concerns about the processes of Psychosocial Rehabilitation, here, as a purpose in the current Mental Health policy in the Unified Health System (SUS) motivated the formation of this course, leading to the search for a better understanding of the work of mental health professionals and also a need for greater search for the very knowledge of the theory that surrounds this area. This course collaborated in the reflection and understanding of the contributions of occupational therapy and also of other professionals in the context of integral care in Mental Health, considering its potential to contribute towards the development of autonomy, emancipation and social insertion of the subjects. as objective to promote theoretical / practical discussions on Mental Health, from historical aspects, pathologies, forms of care and subjects pertinent to the theme. In this way, we used lectures, discussions and reflections that emerged during the meetings according to the need of the participants, in addition, visits were made to places of care in Mental Health.

KEYWORDS: Mental Health; Psychosocial Rehabilitation; Occupational therapy.

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade e por toda a história, as doenças mentais são citadas por historiadores, poetas, pintores, escultores e médicos, tendo passado por diversas compreensões dentro da história da humanidade. Na Grécia antiga, por exemplo, como as causas dessas doenças não eram claras, a loucura era considerada privilégio, um objeto que estaria a serviço dos Deuses. O que o louco dizia era ouvido como um saber importante e necessário, podendo interferir nos acontecimentos e destinos das pessoas. Assim, nesse período, a loucura encontrou espaço para expressar-se, não sendo necessário controlá-la e nem excluí-la (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Já na Idade Média, a loucura deixa de ser vista como privilégio dos Deuses e passa a ser vista como um castigo. O que predomina é a associação da loucura às possessões demoníacas, às influências malignas, resultantes da ação sobrenatural, prevalecendo as explicações místico-religiosas para a origem dos transtornos mentais. O tratamento era de apoio e conforto, voltando aos tempos em que se predominava a superstição (SILVA; ZANELLO, 2010).

Desse modo, até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidades médicas, os pacientes com transtornos mentais se misturavam com outros socialmente rejeitados, tais como: andarilhos, leprosos, aleijados, indivíduos que não se adequavam à nova ordem social, permanecendo dentro desses locais sob o governo de religiosos e pessoas caridosas, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual. A incapacidade para o trabalho era considerada uma característica comum aos internos (ENGEL, 2001).

Para a realidade da época, essas pessoas precisavam ser afastadas do seu meio social, com a preocupação crescente em proteger a sociedade, já que esta considerava aquelas pessoas como ameaças, que poderiam contagiar ou trazer algum perigo e,

dessa forma, precisavam ser afastadas das ruas, permanecendo isoladas em locais fechados.

Apartir do século XVIII, essa situação se modifica e a loucura passa a ser conhecida como doença mental, surgindo uma área e um local próprio para seu tratamento, a psiquiatria e o manicômio. Também, com a Revolução Francesa, surgiram novas concepções nas formas de organização econômica e social, a população de indivíduos excluídos passou a ter importância em um novo mercado de trabalho emergente, principalmente no âmbito econômico, pois esses locais de internações detinham mão de obra necessária ao processo de industrialização (YASUI, 2009).

Assim, aqueles pacientes que podiam produzir, foram inseridos na força de trabalho, sobrando, apenas, os doentes mentais dentro dos hospitais, pois esses não tinham condições de produção e, por consequência, perdiam seu lugar social, tornando-se parte da imensa maioria de excluídos gerados pelo capitalismo.

Os denominados excluídos nada mais são do que o subproduto das relações sociais-econômicas-políticas do capitalismo. O modelo institucional a ser adotado será o de segregação nas instituições construídas para esse fim. A cultura manicomial de excluir e isolar os dejetos humanos produzidos por essa ordem econômica se torna a única política pública concreta no capitalismo (GRADELLA JÚNIOR, 2002, p. 2).

É nesse contexto que as ideias humanistas da Revolução Francesa tiveram seu ápice com os estudos do médico francês Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria, que teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes, surgindo os hospitais psiquiátricos.

Nesse período, iniciaram-se reformas humanitárias para o cuidado com o doente mental, pois Pinel acreditava que tal indivíduo apresentava uma moléstia progressiva que podia ser curada, ou seja, o indivíduo perdia a razão temporariamente, mas que deveria haver um meio de restaurá-la, assim, os sujeitos permaneceriam internados, porém, agora, em um novo espaço e com uma nova proposta. Na qual, os asilos foram substituídos pelos manicômios, sendo um local destinado apenas aos doentes mentais (AMARANTE, 2003).

Nas instituições desse período, o tratamento para a loucura passa a ter uma abordagem científica e não mais apenas religiosa, mas sim passível de cuidado, utilizando-se de atividades ocupacionais e recreacionais, tais como: passeios regulares, atividades de agricultura, pecuária, horta, oficina de costura, entre outras, que tinham como objetivo principal a reeducação dos alienados, no respeito às normas e no abandono de condutas inconvenientes, ou seja, uma função essencialmente disciplinadora (DE CARLO, BARTALOTTI, 2001).

Entretanto, com o fim da Segunda Grande Guerra Mundial, os manicômios como a única forma de tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais começaram a receber críticas, pois muitos se assemelhavam a campos de concentração, devido a seus atos violentos e excludentes. Surgiram na Europa e nos Estados Unidos, os primeiros movimentos de mudanças positivas que buscavam uma transformação mais

efetiva do modelo vigente. Com o desenvolvimento do conhecimento farmacêutico, surgem medicamentos, como os antipsicóticos e antidepressivos, o que contribui para o esvaziamento dos grandes hospitais.

Além do desenvolvimento dos medicamentos, as críticas aos hospitais psiquiátricos em abordagens diversas levaram a diferentes movimentos de mudança no modelo de atenção em Saúde Mental. Segundo Heidrich (2007) a literatura divide as experiências de mudanças em três grandes grupos: o primeiro deles seria a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional; o segundo grupo inclui a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária (ou Preventiva) e, no terceiro grupo, o saber psiquiátrico era questionado na Antipsiquiatria e na Psiquiatria Democrática Italiana.

Como visto na história, o tratamento destinado às pessoas com transtornos mentais, até o final do século XX, foi baseado no sistema hospitalar psiquiátrico, com características relevantes de controle, disciplina, segregação, punição e exclusão. Foi somente na Itália, nos anos 1970, que se iniciaram movimentos de negação da instituição hospitalar geral.

A partir de 1970, Basaglia foi nomeado diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste e foi nessa experiência que ele conseguiu iniciar o processo de fechamento desses hospitais, promovendo, assim, a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento que seriam os serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (OLIVEIRA, 2011).

Foi assim, que no ano de 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) credenciou o Serviço Psiquiátrico de Trieste como principal referência mundial para uma reformulação da assistência em Saúde Mental. Em 1976, o hospital de Trieste foi fechado oficialmente e o atendimento aos pacientes foi exercido em sua totalidade na rede territorial montada por Basaglia e sua equipe.

Como consequência das ações e dos debates iniciados por Franco Basaglia, foi aprovado na Itália, em 13 de maio de 1978, a chamada “Lei 180” ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também conhecida popularmente como “Lei Basaglia”. Uma lei que estabelecia mudanças no estatuto jurídico do paciente com transtornos mentais, como a abolição do estatuto de periculosidade, além de proibir novas internações e construção de novos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, o paciente tornava-se cidadão de pleno direito.

Assim, Basaglia buscava na sua forma de atendimento um novo olhar para o sujeito, partindo de individualidade e necessidades particulares, visando a um trabalho de reinserção social. No entanto, não negava a patologia ou a doença, mas mudava o foco de sua atenção, da doença para o sujeito, ou seja, coloca a doença entre parênteses e cuida da pessoa doente. Portanto, para Basaglia a busca de transformação não deve se limitar simplesmente à abolição das estruturas manicomiais, mas sim, buscar a construção de novas formas e possibilidades, em que os atores envolvidos tenham

participação ativa em todos os processos de mudanças (AGUIAR, 2007).

Para Amarante (1995), esse princípio seria ver a pessoa doente de forma singular, isto é, não ignorar a doença mental, mas, também, não se ocupar somente dela, e de tudo aquilo que se construiu em torno.

Ao contrário do que ocorria na Europa, até meados do século XIX não havia no Brasil nenhum estabelecimento destinado aos chamados alienados mentais. Tais sujeitos se confundiam com todos aqueles que eram conhecidos como marginalizados sociais, vagabundos, mendigos, criminosos, entre outros. Ficavam perambulando pelas ruas ou eram recolhidos nas prisões, sem qualquer assistência médica, sendo frequentemente vítimas de maus tratos e castigos corporais.

Após a Segunda Guerra Mundial, os movimentos reformistas da psiquiatria, com suas diferenças e semelhanças, tiveram importante influência nos movimentos de transformação psiquiátrica no Brasil, provocando discussões dos saberes e das práticas na área da Saúde Mental. No entanto, enquanto o contexto mundial apontava a transformação dos dispositivos e técnicas de intervenção na doença mental, o Brasil expandia sua rede de leitos psiquiátricos, com internações de longa permanência, em instituições com condições precárias de atendimento, focando em propostas de institucionalização e cronificação dos pacientes (VALLADARES, 2004).

Os serviços criados, a princípio, para tratamento daqueles reconhecidos como doentes mentais ficaram superlotados e se deterioravam com o recolhimento de todos os excluídos, para os quais não havia nenhuma outra estrutura fora do hospício, nos moldes dos asilos da Europa do século XVIII.

Nesse contexto, a assistência psiquiátrica brasileira foi marcada por um modelo hospitalar como tendência central, o que determinou a exclusão, segregação e estigmatização do doente mental. No fim da década de 1950, nos hospitais psiquiátricos, a situação era grave, havia uma superlotação, deficiência de pessoal, precariedade assistencial e de condições de trabalho, falta de vestuário e de alimentação, maus-tratos e miséria foram se intensificando, de maneira que, na década de 1970, a situação tornou-se insustentável, com uma notória expansão do número de leitos dentro desses hospitais (BALLARIN; CARVALHO, 2007).

A precariedade assistencial que os autores relatam dentro dessas instituições que permaneciam com uma superlotação – por ser a única modalidade da época – era por apresentarem deficiência em sua infraestrutura, com condições internas precárias e desumanas, sem resquícios de higiene e conforto, todos os internos ficavam misturados e com falta de qualificação dos profissionais utilizando de terapêuticas coercitivas.

Na época, já havia discussão sugerindo a descentralização desse serviço, tentando mudar tal precariedade, por meio da implantação do modelo de colônias, que passou a ser copiado em várias capitais pelo Brasil. Essas colônias tinham, por principal finalidade, resolver os problemas de superlotação dos hospícios, oferecendo uma forma de tratamento voltada às atividades de trabalho, principalmente a agropecuária

e artesanatos, com a ideia de tratar e reeducar, fornecendo um ambiente calmo e regrado.

Nos processos de transformação das instituições asilares, frequentemente a ocupação se apresenta também como uma resposta à ociosidade. Diferentemente dessa compreensão, a perspectiva institucional não é produto da falta de ocupação, e, sim remete ao “processo institucionalização” e a ausência de intercâmbio de relações, expressão do manicômio como “lugar zero de troca” (MÂNGIA; NICÁCIO, 2001, p. 74).

Na década de 70, iniciou-se no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica com o intuito de questionar e elaborar propostas de transformação do modelo manicomial, julgando a exclusão, a cronificação e a violência dentro dos manicômios. Naquele momento, a maioria dos locais para tratamento dos doentes mentais encontrava-se em precárias condições e sem assistência humanizada.

Assim, a reforma psiquiátrica se apresentava como um movimento que defendia outras formas de cuidado às pessoas com sofrimento mental, ou seja, uma assistência comunitária com serviços extra-hospitalares.

Até meados de 1970, a Saúde Mental passa quase despercebida como política pública quando, enfim, o Ministério da Saúde lança a Campanha Nacional de Saúde Mental e extingue o Serviço Nacional de Doenças Mentais, SNDM, substituindo pela Divisão Nacional de Saúde Mental, DINSAM, que seria responsável pela normatização, avaliação e controle dos programas de Saúde Mental no Brasil e é formado por um complexo de quatro unidades: Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carvalho (NOGUEIRA; COSTA, 2007, p. 3)

Quando os profissionais dessas quatro unidades iniciaram uma greve geral – denunciando suas condições de trabalho, o modelo assistencial psiquiátrico, as precárias condições dentro das instituições e a má qualidade na assistência aos internos – contribuiu muito para o que Amarante (1995) considera como o estopim do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, ou seja, o episódio conhecido como a “Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM)”, que aconteceu em 1978, no Rio de Janeiro.

Assim, no final dos anos 70, entre 1978 e 1980, configurou-se um movimento pela reforma psiquiátrica, uma rede informal, que buscou articular propostas e ações contra o modelo manicomial, vindo de diversas regiões do Brasil., formada por pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, constituindo o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que nasce da crise da DINSAM e, posteriormente, é denominado Movimento Antimanicomial. Esses trabalhadores são integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (TENÓRIO, 2002, p.32)

Tal movimento possibilitou a constituição de ideias críticas sobre a segregação dos doentes mentais, com denúncias de violências, negligências, ausência de recursos, entre outros, demonstrando a importância na mudança das condições de tratamento asilar e da construção de medidas alternativas ao modelo manicomial. Ganhou força com a visita de Franco Basaglia, em 1978, após a aprovação da Lei 180 que estabeleceu o fechamento dos hospitais psiquiátricos na Itália (Movimento da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática).

Evidentemente, almejando essas mudanças ao modelo tradicional psiquiátrico e baseado nas ideias americanas e europeias, especialmente na italiana, realiza-se em junho de 1987, organizada pelo MTSM, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que promoveu um distanciamento em relação aos dirigentes e atores dos órgãos públicos e uma conseqüente aproximação dos setores de usuários e familiares, um evento de extrema importância que tinha como objetivo maior a revisão do modelo manicomial rumo aos serviços extra-hospitalares (NOGUEIRA; COSTA, 2007).

No final do mesmo ano, 1987, esse movimento convocou o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, São Paulo, que reuniu todos os atores envolvidos no processo de cuidado aos pacientes com transtornos mentais, desde os profissionais até os usuários e familiares. Nesse Congresso, lança-se o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, ressurgindo dentro do projeto original, de tradição de Basaglia, o qual estabelece uma nova proposta de ação para a Saúde Mental; não apenas com alterações nas instituições psiquiátricas, mas na cultura, no cotidiano e nas mentalidades de todos envolvidos (AMARANTE, 1995).

No Congresso, foi criado o Movimento da Luta Antimanicomial, e instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, visando articular, em torno dessa causa, parcelas mais amplas da sociedade, com intuito de não apenas melhorar as estruturas dos hospitais psiquiátricos, mas de inventar novos dispositivos abertos e de natureza comunitária para substituir essa abordagem de Saúde Mental centrada no hospital, um desses dispositivos seria o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (AMARANTE, 2003).

No ano de 1987, inaugurou-se o primeiro CAPS, serviço da secretaria estadual de saúde de São Paulo, instalado na capital do Estado, denominado Luiz da Rocha Cerqueira, que passou a exercer forte influência na criação ou transformação de muitos serviços de Saúde Mental. Na mesma perspectiva, em 1988, foi inaugurado o primeiro serviço municipal substitutivo ao manicômio, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Bauru, que igualmente se constituiu em marco na história da Saúde Mental do país.

Ainda na década de 1980, no âmbito hospitalar, inicia-se um processo de resgate da individualidade dos pacientes, através de coisas simples como o uso do próprio nome ou uma cama exclusiva, um processo de valorização da história pessoal. Por fim, aos poucos, são construídas estratégias para diminuir com a estrutura de manicômios e aumentar tratamentos aproximados da sociedade.

Assim, o atendimento em serviços extra-hospitalares como o CAPS, passou a

fazer parte da estrutura do Sistema Único de Saúde, com financiamento e normativas específicas (BRASIL, 2005). O CAPS é um dispositivo com muita relevância no atendimento aos pacientes em Saúde Mental. Segundo o Ministério da Saúde:

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental dentro da Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo estar nos espaços de convívio social daqueles usuários que os frequentam, permitindo a reinserção a partir desse dispositivo, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2004).

Assim, essa política da Reforma Psiquiátrica visa garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando a lógica das internações de longa permanência que tratam o paciente isolando-o do convívio com a família e com a sociedade como um todo. No Brasil, promoveu-se a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações, quando necessárias, deem-se no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração (BRASIL, 2002).

A política de Saúde Mental inclui, ainda, a inserção de ações na rede de Atenção Básica (AB). Neste sentido, a proposta é de que municípios com menos de 20 mil habitantes estruturem sua rede de cuidado à saúde mental na AB e municípios com contingente populacional maior, a rede de cuidados deve ser formada pela AB e Centro de Atenção Psicossocial, com uma estreita ligação entre eles (BRASIL, 2003).

As ações de Saúde Mental na Atenção Básica são essenciais, sobretudo no que concerne à promoção, prevenção e cuidados com o sofrimento e transtornos de menos gravidade, principalmente as desenvolvidas no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada um importante instrumento para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental uma vez que, converge para a proposta de assistência pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS (OLIVEIRA et. al., 2014).

Uma Saúde Mental diferente, mais atenta às necessidades e aos direitos das pessoas e mais integrada na comunidade e no sistema geral de saúde, capaz de superar a institucionalização e o modelo segregador dos manicômios (LAMENHA, 2013, p. 69).

Os avanços na reforma psiquiátrica brasileira são visíveis quanto à diminuição de

leitos em hospitais psiquiátricos, aumento dos serviços extra-hospitalares e a melhora do financiamento do SUS para a Saúde Mental. Mas há críticas e confusões quanto ao próprio modelo, que se revelam na prática cotidiana, colocando em alguns momentos a Reforma Psiquiátrica apenas como uma reorganização de serviços ou como a modernização da instituição psiquiátrica. Porém, o que é necessário é o entendimento de um processo social complexo que envolve movimentos, diferentes atores e reais mudanças.

Dessa forma, procura-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial, de modo a garantir uma transição segura, em que a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada à construção coexistente de alternativas de atenção no modelo comunitário, sendo que tais serviços extra-hospitalares estejam preparados e capacitados para atenderem a essa população.

Dessa forma, inserir uma pessoa com transtornos mentais severos e persistentes em serviços extra-hospitalares é o início de um longo processo, que deverá buscar a progressiva inclusão social desses pacientes, para que possam recuperar de maneira gradual suas aptidões práticas necessárias para uma vida na comunidade.

A demanda de cuidado em Saúde Mental não se restringe apenas em minimizar riscos de internação ou controlar sintomas, o cuidado envolve, também, outras questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, vivenciadas pelos familiares, pacientes, profissionais e a sociedade em geral. Nesse sentido, o processo de assistência desses pacientes deve ser otimizado visando à Reabilitação Psicossocial, um modelo que esteja centrado no paciente e em sua inclusão ativa na vida cotidiana (CARDOSO; GALERA, 2011).

Assim, os serviços extra-hospitalares, dentro de um modelo de atendimento Psicossocial, precisam estar articulados a outros espaços da cidade, apresentando um movimento permanente, em busca de uma melhor emancipação das pessoas com transtornos mentais, pois somente uma organização em rede – e não apenas um serviço – é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas estigmatizadas (BRASIL, 2005).

A rede e a criação de novos serviços precisam estar assim articuladas com a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, para que não aconteça uma desassistência aos pacientes.

Apesar de que, no Brasil, a reorganização da assistência em Saúde Mental seja recente, já traz uma nova perspectiva de tratamento baseada na valorização do ser humano e no atendimento de que o transtorno mental pode não ser apenas uma doença, mas também um problema social. Junto à mudança de pensamentos, apresenta-se uma rede de atenção psicossocial que traz progressos no cuidado com os pacientes em Saúde Mental.

Por fim, apresentam-se, em seguida, os fundamentos do modelo de sustentação da Política de Saúde Mental, sinteticamente, aqui, discorrida.

A história da psiquiatria, desde seu primórdio, foi marcada por uma tendência

central que determinou a exclusão, segregação e estigmatização do doente mental. No entanto, a reforma psiquiátrica introduziu no campo da Saúde Mental novas abordagens no cuidado com os pacientes com transtornos mentais, com uma forma de atendimento voltado ao acolhimento, à humanização e à inclusão dessas pessoas no contexto social. Assim, as internações tornaram-se mais criteriosas, com períodos mais curtos de hospitalização e ampliações dos serviços extra-hospitalares.

Dentre essas novas, aparece o Modelo de Atenção Psicossocial, que compreende a produção de saúde como produção de subjetividade, nascendo para substituir os hospitais psiquiátricos, a partir dos Movimentos de Reforma Psiquiátrica, que se iniciaram na Europa e nos Estados Unidos e posteriormente no Brasil (FIORATI; SAEKI, 2013).

Essa abordagem dá ênfase aos serviços de base comunitária, caracterizados por uma plasticidade de se adequar às necessidades dos usuários e familiares, e não os mesmos se adequarem aos serviços, atuando, assim, na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões, gerando e transformando lugares e relações (BRASIL, 2013).

Existem dois modos distintos que compõem as práticas em Saúde Mental, sendo eles: o modo asilar e modo psicossocial. Costa-Rosa (2000), caracteriza esses dois modos básicos, em quatro dimensões: a) a concepção de objeto e dos meios de trabalho; b) a concepção das formas de organização do dispositivo institucional; c) a concepção das formas de relacionamento com a clientela e d) a concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.

Na concepção de objeto e dos meios de trabalho o modo psicossocial volta-se para a participação do sujeito e dá ênfase para a sua reinserção social, incluindo o compromisso da família e do grupo social, assim o problema não seria a cura, mas a produção de vida e de sentido, de socialidade. Enquanto o modo asilar, baseia-se no princípio doença-cura e enfatiza a parte orgânica no processo de adoecimento, tendo como principal meio de intervenção o uso da medicação, focado nos sintomas, há pouca ou quase nenhuma consideração da subjetividade do sujeito e este não é participante ativo do seu processo de tratamento.

Na concepção das formas de organização do dispositivo institucional, o modo psicossocial privilegia a horizontalização de organização institucional, em que o trabalho se compõe por decisões coletivas, contando com a participação do usuário e população, compartilhando assim saberes. Dessa forma, se contrapõe ao modo asilar, que se pauta em torno do trabalho organizado de acordo com um fluxo verticalizado de poder e decisão.

No que diz respeito à concepção das formas de relacionamento com a clientela, o modo psicossocial privilegia a construção de espaços de diálogos e interlocução para a produção de subjetividade, enquanto o modo asilar se caracteriza pela separação dos doentes, desconsiderando os outros dispositivos para além do próprio serviço de saúde.

Na última dimensão – que é a concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos – o modo psicossocial propõe a produção de subjetividade singularizada, através da recuperação da cidadania e do trabalho subjetivo, permitindo com que o sujeito situe-se ativamente frente aos conflitos e contradições causadores do seu mal-estar. Esses elementos se contrapõem ao modo asilar, que focaliza as práticas objetivando a simples supressão dos sintomas ou adaptação a um ideal de normalidade (COSTA-ROSA, 2000).

De acordo com a RAPS (BRASIL, 2013), existem diretrizes para o modo psicossocial que são:

Respeitos aos direitos humanos, garantindo a **autonomia**, a liberdade e o exercício da cidadania, promoção da **equidade**, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; **garantia do acesso e da qualidade dos serviços**, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços **de base territorial e comunitária**, diversificando as estratégias de cuidado com participação e controle social dos usuários e seus familiares; organização dos **serviços em rede** de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de **ações intersetoriais** para garantir a integralidade do cuidado; desenvolvimento da lógica do **cuidado centrado nas necessidades das pessoas** com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (p. 3).

Portanto, segundo Costa-Rosa (2000) o modo psicossocial aparece em contraposição ao modo asilar, vindo em busca de englobar no entendimento das doenças fatores políticos e biopsicosocioculturais, a fim de um entendimento global do sujeito, considerando sua subjetividade como participante do processo, atribui a este uma importância decisiva, de modo que ele é o participante principal do tratamento, não apenas uma questão orgânica ou biológica que pode ser tratada quimicamente. Desse modo, enquanto o modo asilar vê o sujeito como foco do problema, o psicossocial considera o indivíduo pertinente a um grupo ampliado.

Na psiquiatria, a doença era abordada de forma objetiva e dissociada da existência do sujeito como um conjunto de sintomas e signos. Já no campo da saúde mental o foco está no sujeito. Assim:

A atenção Psicossocial refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (YASUI, 2009, p. 3).

Conclui-se, nessa abordagem, que a patologia não é excluída, pelo contrário, faz parte da existência do sujeito; porém, o foco principal passou das doenças e morte para as concepções ligadas à qualidade de vida e produção social. Sendo o ambiente natural que o sujeito vive determinante no processo terapêutico, sendo sua inclusão social enfatizada de forma prioritária, pois nesse cenário a luta pela cidadania constituiu-se como o principal objetivo.

Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001) contextualizar o processo saúde/doença exige várias operações articuladas:

Primeira: o Modo Psicossocial preconiza uma definição de saúde numa perspectiva que a contextualize em relação a uma concepção de sociedade, entendida como conjunto de interesses contraditórios articulados, possíveis de serem descritos e compreendidos através do conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH). Segunda: no Modo Psicossocial define-se a especificidade da saúde mental, de tal modo que se visualiza a participação da dimensão sociocultural como intrínseca ao próprio processo de subjetivação. Terceira, o Modo Psicossocial inclui em sua caracterização a consideração da especificidade da saúde mental com a inclusão da própria noção de 'crise' como seu componente estrutural (p.18-19)

Outra característica importante do modo psicossocial é a equipe, ou seja, um trabalho multidisciplinar. Os dispositivos institucionais típicos para esse trabalho são: Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção Psicossocial, Hospital Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, entre outros. No entanto, não basta haver variações dos dispositivos institucionais, é necessário que eles superem os recursos asilares e que se estruturam de uma forma oposta ao modo asilar.

Assim, os movimentos da Reforma Psiquiátrica vão se ampliando, com a expansão de uma nova rede de cuidados que representa um processo de transformação dos modos tradicionais de lidar com os pacientes com transtornos mentais, mas implica, sobretudo, a articulação de diferentes saberes e práticas presentes no campo da atenção psicossocial, permitindo que a própria sociedade envolva-se nessa luta.

Seguindo essa perspectiva, embora a atenção psicossocial não se construa a partir da atuação isolada de uma profissão ou núcleo de saber, considera-se importante a análise das contribuições da Terapia Ocupacional para a consolidação ou desvio desse modo proposto na Política de Saúde Mental do país.

A concepção e abordagem do conceito de Atividade são centrais na Terapia Ocupacional, desde estudos que buscam sua construção conceitual, até os mais recentes que objetivam como esse conceito é articulado na literatura. Observa-se, assim, a necessidade de analisar e aprofundar a construção conceitual e uma sistematização mais clara sobre as diferentes abordagens teóricas e práticas.

Em estudos realizados por Lima, Pastore e Okuma (2011 – 2013), que investigam a Atividade, foi possível observar que o termo mais utilizado pelos terapeutas ocupacionais brasileiros para denominarem seu instrumento de intervenção foi a Atividade. Entretanto, ainda “é uma construção inacabada, situada em um contexto histórico, territorial e cultural que, por sua importância, vem determinando caminhos para a profissão e para a ação dos terapeutas ocupacionais” (p. 251).

Ainda, de acordo com Tedesco (2001):

Apesar de toda diferença terminológica nas definições da Terapia Ocupacional, o grande denominador comum é o uso do termo atividades. Não se relata um procedimento de terapia ocupacional sem que se apresente as necessidades da pessoa alvo da intervenção (isto inclui os déficits, mas considera-se todo o contexto vivido por esta pessoa), e o que se desenvolve entre o terapeuta ocupacional e este paciente [...]. No entanto, observamos que o uso da expressão atividade está longe de manter um referencial fixo como se imagina, ao contrário, tem um uso polissêmico englobando vários sentidos (p. 381-382).

Partindo desses e de outros estudos que pesquisam sobre o uso da Atividade

em Terapia Ocupacional, compreende-se que a reflexão sobre sua fundamentação e aplicação contribuirá para a construção de saberes e práticas dentro das atuais perspectivas e desafios da atenção em Saúde Mental.

Assim, observam-se os percursos do uso da ocupação terapêutica desde antes da constituição da profissão Terapia Ocupacional, até o momento atual na área, em particular, no contexto do trabalho em Saúde Mental, descrevendo as diferentes concepções que acompanham a Atividade na Terapia Ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados iniciais obtidos durante o curso apontaram a existência, ainda, da dificuldade de aproximação e compreensão da Saúde Mental, demonstrando a presença do “medo”, “preconceito” e a dificuldade de aceitar esse caminho, trazendo dúvidas e reflexões quanto aos processos de Reabilitação Psicossocial, tido, como uma finalidade em perspectiva das ações na atual política de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (SUS) que motivaram a solidificação desse curso, levando à busca de maior compreensão do trabalho dos profissionais da saúde na Saúde Mental e também uma necessidade de busca maior pelo próprio conhecimento da teoria que envolve essa área.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, W. M. J. As transformações possíveis na atenção em saúde mental. **Revista da AMRIG**, porto Alegre, 51 (4): 308-311, out-dez. 2007. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/51-04/espcremers.pdf>>. Acesso em: 26 de outubro de 2014.

AMARANTE, P. D. C. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, nº 3, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 de setembro de 2014.

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.162-70.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**. 2a Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf>. Acesso em: 17 de setembro de 2018.

- CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Revista da Escola de Enfermagem**, USP. 2011; 45(3):687-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>>. Acesso em: 10 de outubro de 2014
- COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar In: AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, nº 58, p. 12-25, maio/ago., 2001.
- 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.
- ENGEL, M. G. Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios .Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. **Loucura & Civilização collection**. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 12 de outubro de 2018.
- FALKAI, P. et al. Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, supl. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000700003>. Acesso: 14 de outubro de 2018.
- FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, nº 97, p. 305-312, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a12.pdf>>. Acessado em: 16 de dezembro de 2017.
- GRADELLA JÚNIOR, O. Políticas públicas de saúde mental: formação e educação - **Departamento de Psicologia – UNESP/Bauru**. 2002. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/314%20-%20pol%EDticas%20p%FAblicas%20em%20sa%FAde%20mental.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2018.
- HEIDIRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à Brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Doutorado em Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social. 2007. Porto Alegre. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1144>. Acesso em: 15 de setembro de 2017.
- LAMENHA, K. C. R. Saúde mental e desinstitucionalização: **um estudo a partir da perspectiva antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2013. Dissertação apresentada como exigência para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, apresentada na Faculdade de Serviço Social, na Universidade Federal de Alagoas.
- LIMA, E. M. F. A.; PASTORE, M. Di N.; OKUMA, D. G. As atividades no campo da Terapia Ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. 2011, vol. 22, nº 1, p. 68-75.
- 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.
- NOGUEIRA, M. S. L.; COSTA, L. F. A. **Políticas públicas de saúde mental**. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – III Jornada Internacional de Políticas Públicas – Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI. São Luís – Maranhão, 28 a30 de agosto, 2007.
- OLIVEIRA, W. V. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. cienc. saude-**

Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

OLIVEIRA, F. B. et al. Saúde Mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. **Psiquiatria Online Brasil**, v. 19, n.9, nov, 2014. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>>. Acesso em: 20 de novembro de 2017.

RIBEIRO, M. B. S.; OLIVEIRA, L. R. **Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social**. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, M.; ZANELLO, V. M. Religiosidade e loucura: a influência da religião na forma como o “doente mental” enfrenta a doença. **Psicologia IESB**, v.2, n.1, p.37-47, 2010.

SILVEIRA, C. L.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito da loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Vol. 13, nº 4. Ribeirão Preto, jul/ ag. 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000400019&script=sci_arttext>. Acesso: 20 de julho de 2018.

TEDESCO, A. S. A construção de conhecimento em terapia ocupacional: introdução e discussão de um percurso. **Mundo Saúde**, 25 (4), p. 378-383, out/dez, 2001.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-59, jan/abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2017.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. Caderno Brasileiro de Saúde Mental, vol. 1, nº1, jan/abr, 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/1005-3958-1-PB.pdf>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2018.

VALLADARES, A. C. A. **A arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo Vetor, 2004.

SOBRE A ORGANIZADORA

ANELICE CALIXTO RUH Fisioterapeuta, pós-graduada em Ortopedia e Traumatologia pela PUCPR, mestre em Biologia Evolutiva pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Prática clínica em Ortopedia com ênfase em Dor Orofacial, desportiva. Professora em Graduação e Pós-Graduação em diversos cursos na área de saúde. Pesquisa clínica em Laserterapia, kinesio e linfo taping.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-471-9

