



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE  
CURSO: TERAPIA OCUPACIONAL

ALINE TORRES BARRETO

**O SIGNIFICADO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS – CAPSad  
NA VISÃO DE OUTROS PROFISSIONAIS**

BRASÍLIA  
2012

ALINE TORRES BARRETO

**O SIGNIFICADO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS – CAPSad  
NA VISÃO DE OUTROS PROFISSIONAIS**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ma Josenaide Engrácia do Santos

BRASÍLIA  
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

### **Ficha Catalográfica elaborada pela autora**

Barreto, Aline Torres

O Significado da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção  
Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad na Visão de Outros  
Profissionais/ Aline Torres Barreto.– 2012.

52 f.

Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Ma Josenaide Engrácia do Santos.

Monografia (Bacharel em Terapia Ocupacional) – Universidade  
de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2012.

1. CAPSad. 2. Álcool e drogas. 3. Terapia Ocupacional. 4.  
Construcionismo Social

**ALINE TORRES BARRETO**

**O Significado da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad na Visão de Outros Profissionais**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em 19 de dezembro de 2012

**Banca Examinadora**

---

Terapeuta Ocupacional Rafaela Maria Alves Martins Fonseca  
Instituição: UnB-FCE

---

Terapeuta Ocupacional Aline da Silva Rodrigues Canuto  
Instituição: SES-DF

---

Prof<sup>a</sup>. Ms Josenaide Engrácia do Santos  
Instituição: UnB-FCE

*Dedico este trabalho às pessoas que me apoiaram e me incentivaram ao longo desse processo: aos meus pais, às minhas queridas irmãs, ao meu amor, e às minhas colegas do curso e amigos.*

## AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela proteção, por guiar os meus passos e por ter colocado em meu caminho uma profissão que aprendi a amar.

Aos meus pais pelo carinho e cuidado, e por terem me dado tudo de que necessitei durante esta trajetória.

Às minhas queridas irmãs, Lana e Raquel, pela parceria e paciência nos momentos difíceis.

Ao Ricardo, meu amor, pelo companheirismo, cuidado e carinho durante este período.

À amiga Juliana, pela atenção, auxílio e apoio desde o começo desta escolha.

À minha orientadora, Professora Josenaide, por acreditar em mim, pelo comprometimento com meu trabalho e pela generosidade em compartilhar seu conhecimento e seu tempo.

Às amigas que participaram do processo de formação, que fizeram parte de quase cinco anos da minha vida, responsáveis pela profissional que me tornei e pela finalização deste trabalho. Em especial à Talita Maleski, Daiane Maciel, Ana Carolina e Dalilla Matilde.

À Dalila Maria, gerente do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, por sua colaboração e confiança.

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas/Guará, por sua disponibilidade e paciência.

A todos os professores do curso de Terapia Ocupacional que colaboraram com minha formação.

Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino.

(Leonardo da Vinci)

## RESUMO

Barreto, A. T. **O Significado da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad na Visão de Outros Profissionais.** 2012. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Curso de Terapia Ocupacional, Brasília, 2012.

A prestação de cuidados ofertada ao usuário de substâncias psicoativas é um desafio constante, efetuado por meio de vários dispositivos ofertados pelo SUS, incluindo o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas. Esse dispositivo valoriza as atividades de âmbito multiprofissional associadas à perspectiva de reinserção do usuário dependente químico. O terapeuta ocupacional é um dos profissionais que constituem essa equipe. Porém, como a especificidade da profissão é percebida pelos outros profissionais? O objetivo deste estudo é compreender o processo de construção dos conhecimentos e dos sentidos atribuídos ao trabalho da terapia ocupacional no CAPSad, com dois parâmetros: Como explicam? Como descrevem? O estudo foi baseado na abordagem construcionista social. O instrumento utilizado foi a entrevista aberta, entendida como prática discursiva como ação ou interação. Foram entrevistados 10 profissionais da unidade. A análise foi feita por meio da estrutura da associação de idéias. Os resultados mostram aspectos da Terapia Ocupacional como uma atividade prática, como meio para socialização e como meio de recuperação de perdas cognitivas e motoras. Conclui-se que, apesar de a terapia ocupacional ter o seu foco associado à reestruturação de cognições disfuncionais devidas à dependência, ela se utiliza de teorias e técnicas diferentes da cognitiva comportamental, que não apareceu em nenhum momento na pesquisa.

**Palavras-chaves:** CAPS-ad. Álcool e drogas. Terapia Ocupacional. Construcionismo Social.



## ABSTRACT

Barreto, A. T. **The Meaning of Occupational Therapy within the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPSad): The Views of Other Professionals.** 2012. 52f. Work of Course Conclusion (Graduation) – College of Ceilândia, University of Brasília, Occupational Therapy course, Brasília, 2012.

Providing care to users of psychoactive substances is a constant challenge, tackled by various devices available on SUS (the Brazilian public health service), including the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs. This device values the multi-professional activities associated with the prospects for reintegration of addicts. The occupational therapist is one of the professionals who make up that team. However, is the specificity of the profession perceived by other professionals? The aim of this study is to understand the process of construction of knowledge and meanings attributed to the work of the occupational therapist within CAPSad. Two questions directed the work: How do they describe it? How do they explain it? The study was based on the social constructivist approach. The method used was of open interviews, seen as a discursive practice of action or interaction. We interviewed 10 professionals working in the unit. The analysis was done using the structure of association of ideas. The results show aspects of occupational therapy as a practical activity, a means of socializing and a means of recovering losses of cognitive and motor skill. It was concluded that despite focusing on restructuring cognitions made dysfunctional due to addiction, it is important to note that occupational therapy uses theories and techniques that differ from the behavioral and cognitive theory, which did not appear at any point in the research.

**Key Words:** CAPS-ad. Alcohol and drugs. Occupational Therapy. Social Constructivism

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS</b> .....	14
2.1 A QUESTÃO DAS DROGAS .....	14
2.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGAS.....	15
2.3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	17
2.4 A TERAPIA OCUPACIONAL.....	18
2.4.1 TERAPIA OCUPACIONAL NO MUNDO .....	18
2.4.2 TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL .....	19
2.4.3 DEFININDO A TERAPIA OCUPACIONAL.....	20
2.4.4 MODELOS TEÓRICOS EM TERAPIA OCUPACIONAL .....	23
2.4.5 O TERAPEUTA OCUPACIONAL NO CAPSad .....	26
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	28
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	28
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	29
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA .....	29
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	30
3.5 ANÁLISE DE DADOS .....	31
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	32
<b>4. RESULTADOS</b> .....	33
4.1 COMO OS PROFISSIONAIS DO CAPS-AD NOMEIAM A TERAPIA OCUPACIONAL .....	33
<b>4.1.1 A Terapia ocupacional sinônimo de atividade, movimento e reabilitação.....</b>	<b>33</b>
4.2 COMO OS PROFISSIONAIS EXPLICAM A TERAPIA OCUPACIONAL.....	34
<b>4.2.1 A Terapia Ocupacional meio de socialização e expressão.....</b>	<b>34</b>
<b>4.2.2 Terapia Ocupacional meio de recuperação de perdas cognitivas.....</b>	<b>35</b>
4.3 COMO OS PROFISSIONAIS DESCREVEM A TERAPIA OCUPACIONAL .....	36
<b>4.3.1 A Terapia Ocupacional uma atividade prática .....</b>	<b>36</b>
<b>4.3.2 A Terapia Ocupacional promotora de habilidades cognitivas e motoras .....</b>	<b>36</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	38
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	41
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	43
<b>APÊNDICE</b> .....	48
APÊNDICE 1-TCLE .....	48

APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA.....	49
<b>ANEXOS</b> .....	50
ANEXO 1 – PARECER DO CEP .....	50

## 1 INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional (T.O) é uma profissão que tem estado mais presente nos serviços de saúde mental, principalmente depois da reforma psiquiátrica. Essa forma de cuidar da T.O favorece a interação e integração de usuários dos serviços de saúde mental, em especial os dependentes químicos, contribuindo, ainda, para o processo de melhora e de crescimento pessoal.

Em se tratando do cuidado a dependentes químicos o terapeuta ocupacional é um dos principais atores que integra a equipe interdisciplinar na abordagem a este tipo de usuário. Esse profissional deverá ter, em sua formação, condições técnicas de trabalhar com as dificuldades da vida do usuário, e estas devem ser identificadas e trabalhadas com a ajuda do terapeuta ocupacional. Estudos sobre a T.O e a temática das drogas despertaram-me grande curiosidade sobre a atuação desse profissional nesse contexto.

O dependente químico demanda um intenso esforço na busca da recuperação, a T.O e outras categorias profissionais devem atuar no sentido de fortalecer esse usuário, auxiliando-o a mover-se em direção ao pleno desenvolvimento de seu potencial. Diante de objetivos comuns das categorias fiquei pensando em quais as metas e ações da T.O eram mais visíveis para os outros profissionais. O pensamento tomou forma de questionamento com a vivência em estágio supervisionado no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas Ceilândia: O que pensam os outros profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPSad a respeito do trabalho da Terapia Ocupacional?

De acordo com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2002, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, caracterizado por atendimento integral realizado principalmente no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPSad, que tem como premissa a intersetorialidade e a redução de danos, o que traduz uma nova forma de cuidado. O Centro busca atender ativa e sistematicamente às necessidades dos usuários, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2005)

No que diz respeito ao trabalho da T.O nesse contexto, cabe ressaltar que a Portaria 336/GM valoriza as atividades de âmbito multiprofissional associadas à perspectiva de reinserção do usuário dependente químico no CAPSad II. O tema “álcool e outras drogas” possuem ações ampliadas comuns a todos os saberes e estratégias para onde concorrem diferentes saberes e aportes teórico-técnicos.

É preciso reconhecer que há uma diversidade de conceitos que perpassam o cuidado aos usuários de drogas e na T.O, o que, muitas vezes, dificulta a construção de seu significado para os outros profissionais. Entretanto, há que se considerar que o cuidado é constituído segundo Ayres (2004), por princípios fundamentais, como: direito, autenticidade, defesa da vida, acolhimento e alteridade. Assim, mesmo que seja difícil a delimitação da concepção de cuidado que orienta as ações na T.O, a explicitação dos seus elementos constitutivos torna-se fundamental para a prática da profissão, contudo a pergunta norteia ainda o trabalho. A especificidade da T.O é percebida por outros profissionais do CAPSad ? Eles conseguem explicar como se caracterizam as ações do terapeuta ocupacional? Instigada por essas questões, esta pesquisa propõe-se a alcançar aos seguintes objetivos: Compreender o processo de construção dos conhecimentos e dos sentidos atribuídos ao trabalho da Terapia Ocupacional no CAPSad; investigar como os outros profissionais do CAPSad explicam as ações do terapeuta ocupacional; descrever como os outros profissionais caracterizam as ações da Terapia Ocupacional no CAPSad.

## 2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

### 2.1 A QUESTÃO DAS DROGAS

A questão das drogas é hoje um dos problemas mais graves da nossa sociedade. As substâncias psicoativas têm acompanhado o homem desde os tempos primitivos, quando seu uso restringia-se a rituais ou a circunstâncias sociais específicas. Porém, foi nas décadas de 80 e 90 que houve um aumento no consumo de cocaína, crack e anfetaminas ilícitas. De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003).

Pesquisas demonstram que o uso dessas substâncias é cada vez mais precoce, incluindo o álcool, e que tal uso também ocorre de forma cada vez mais pesada. No Brasil, estudo realizado pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas relativo ao uso indevido de drogas por estudantes dos antigos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras revelou percentual altíssimo de adolescentes que já haviam feito uso de álcool na vida: 74,1%. Quanto ao uso frequente, e para a mesma amostra, chegamos a 14,7%. Ficou constatado que 19,5% dos estudantes faltaram à escola após beber, e que 11,5% brigaram sob o efeito do álcool (BRASIL, 2003).

O II Levantamento Nacional Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas — estudo também realizado pelo CEBRID em 2005 — revelou que 22,8% dos entrevistados fez uso de alguma droga ao longo da vida (exceto tabaco e álcool). Quanto aos considerados dependentes, 12,3% são dependentes de álcool e 2% dependentes de outras drogas psicotrópicas, exceto tabaco (BRASIL, 2006).

As consequências do uso de substâncias psicoativas são das mais variadas. Há os transtornos físicos, como a cirrose hepática, a miocardiopatia alcoólica, etc, as lesões decorrentes de acidentes industriais e automobilísticos, por exemplo, e o rompimento de laços sociais (escola, trabalho e família). Em outro aspecto, há o estigma, a exclusão, o preconceito, a discriminação e a desabilitação, que são ao mesmo tempo agravantes e consequências do uso de álcool e das drogas, o que colabora intensamente para a situação de comprometimento global que acomete esses usuários.

O fenômeno álcool/drogas constitui, portanto, um problema de saúde pública em função de sua complexidade e magnitude, visto que seus efeitos afetam significativamente a saúde e a qualidade de vida dos usuários, familiares e de toda a sociedade (AZEVEDO e MIRANDA, 2010). Assim, implantação de serviços para assistência de usuários faz-se necessária para atender à complexidade da situação do uso abusivo de substâncias psicoativas, e entre esses há o Centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas – CAPSad.

## 2.2 O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – ÁLCOOL E DROGAS

A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente do problema da prevenção e do tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e de outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, e a questão das drogas foi deixada para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas.

A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado e possibilitou a disseminação, em todo o país, de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em práticas predominantemente psiquiátricas ou médicas, ou ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a abstinência. Essa rede de instituições — na maioria filantrópicas — cumpre um papel relevante, e aponta a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema (BRASIL, 2005).

Tal cenário começou a mudar em 2002, com a criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- SUS, pela Portaria/GM/MS 816, de 30 de abril de 2002. A partir daí o problema do uso de substâncias passa a ser tratado como um grave problema da saúde pública e constitui uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas.

O programa organiza as ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e estabelece uma rede estratégica de serviços extra-hospitalares para essa clientela, articulada à rede de atenção psicossocial e fundada na abordagem de redução de danos.

A implantação dos serviços de atenção diária, nas diversas modalidades de Centro de atenção psicossocial-CAPS (I, II, III, infanto-juvenil e álcool/drogas), tem mudado visivelmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no Brasil.

Em especial, CAPSad vem para fortalecer a assistência aos usuários. O Ministério da Saúde o define como:

Os CAPSad, é especializado no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. (BRASIL,2005)

No final de 2002, a rede de atenção em Saúde Mental no Brasil contava com 382 serviços implantados e em funcionamento, que atendem aproximadamente 120.000 pacientes necessitados de cuidado regular e contínuo. Além desses, 42 CAPSad, modalidade nova de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, foram implantados de abril a dezembro de 2002, em 14 estados brasileiros (BRASIL, 2003).

O CAPSad, para cumprir a premissa de atenção integral devem fazer uso deliberado dos conceitos de território, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando segundo Brasil(2005), uma busca ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos os usuários.

A Política de Atenção Integral ao usuário de Álcool e de Outras Drogas estabelece que um CAPSad tem como objetivo oferecer atendimento à população — dentro de uma área de abrangência definida —, com atividades terapêuticas e preventivas à comunidade buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo / educativo(BRASIL, 2003, p. 42)

Como podemos observar acima a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas estabelece que a assistência a esses usuários deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em CAPS ad, articulado com os Programas de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Serviço de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde.



Outro aspecto importante é a intersectorialidade, refere-se inter-relação que deve ocorrer entre diversos setores da sociedade para o atendimento de usuário de substâncias. Afinal, o uso de álcool e outras drogas é um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social, bem como a movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades; são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos para o atendimento desses usuários. (BRASIL, 2003)

Dessa forma, o CAPSad propõe novas formas de inventar e reinventar vida para as pessoas que sofrem com o consumo de álcool e outras drogas, bem como o fortalecimento da rede de assistência aos usuários com ênfase na reabilitação psicossocial.

### 2.3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Quando pensamos em Reabilitação psicossocial nos remetemos ao que estabelece a organização mundial de saúde (2012) que sinaliza que é a garantia do ótimo nível de funcionamento de indivíduos e sociedades e a minimização de incapacidades e desvantagem física ou mental (disabilities e handicaps), acentuando escolhas individuais em como viver prosperamente na comunidade.

Para Hides e Kantorski (2004) os princípios orientadores da reabilitação compreendem um conjunto de normas que podem ser aplicadas em situações específicas, para atingir os objetivos, e refletem os valores nesse campo. Essas normas, segundo Pratt et al(1999) , podem ser manuseadas pelos profissionais de reabilitação sempre em face de situações que envolvam decisões importantes. Esses princípios são instrumentos importantes para providenciar orientação no dia a dia, em situações clínicas e para o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. De maneira geral, os serviços que trabalham na perspectiva da reforma reabilitação psicossocial intitulam-se reabilitadores, como é o caso do CAPSad. Para Saraceno, a Reabilitação Psicossocial é entendida como:

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

São as muitas as discussões sobre o tema reabilitação psicossocial para Pinho et al (2009), o conceito é consenso entre os estudiosos: trata-se de uma estratégia e uma vontade política de cuidados para pessoas vulneráveis socialmente, no sentido de que consigam gerenciar suas vidas com maior autonomia e capacidade de escolha, possibilitando assim, o

processo de trocas sociais, a restituição plena dos direitos, das posições que essas pessoas tinham, se obstáculos fossem diminuídos ou eliminados.

Essa negociação implica em habitar novos espaços, em realizar trocas sociais, materiais e de afeto. Isso significa romper com o isolamento da internação, restituir os direitos, a possibilidade de aquisição de objetos pessoais e bens materiais, a participação no mercado de trabalho e a inserção em grupos sociais. Ou seja, a Reabilitação Psicossocial não significa apenas romper com os muros da instituição psiquiátrica, a desinstitucionalização, constitui uma “nova entrada social” para pessoas que até então se encontravam barradas física e socialmente de participação na vida familiar e coletiva. (MOREIRA, 2008)

Segundo Hirdes (2009), essa desinstitucionalização possibilita a recuperação da contratualidade, ou seja, a obtenção da cidadania social por meio de trocas sociais. A convivência como cidadão na sociedade, porém, não é o principal objetivo, mas sim a convivência despida do preconceito que paira sobre a doença mental e o uso de substâncias psicoativas, ainda nos dias de hoje, aparece como um ideal a ser conquistado.

É nessa lógica que se insere a discussão da reabilitação psicossocial para os usuários de álcool e outras drogas, no sentido de desenvolver estratégias e ações intrasetoriais e intersetoriais efetivas, com o propósito de que esses usuários possam assumir sua condição de sujeito social. (PINHO et al, 2008) e a T.O como profissão que tem como meta a inserção social do indivíduo se apropria do cuidado voltado a atenção integral.

## 2.4 A TERAPIA OCUPACIONAL

### 2.4.1 TERAPIA OCUPACIONAL NO MUNDO

Entender o processo histórico de uma profissão possibilita a compreensão sobre sua prática na atualidade segundo Barlotti e De Carlo (2001), relatam o uso terapêutico das ocupações desde a antiguidade, entre gregos e romanos. Acreditava-se que a utilização das atividades (trabalho, exercício, arte e artesanato) poderia “curar” aqueles que estivessem “possuídos pelo demônio”. Aos demais doentes eram oferecidas com o propósito de manter o ambiente tranquilo e favorecer o contato com os “deuses”.

Segundo as mesmas autoras por volta do século XVIII e do início do século XIX, a ocupação tornou-se largamente aceita para o tratamento do doente mental, quando o doutor Philippe Pinel, em 1791 assumiu a direção do asilo Bicêtre e deparou com a trágica situação

na qual viviam os doentes mentais. Conforme Francisco (2008), a ocupação, naquele momento, foi o recurso principal. Segundo Soares (2007) “a generalização do trabalho a todos os tipos de alienados gerou uma gradação da atividade, segundo o grau de “degradação” moral e intelectual do interno e a complexidade do trabalho oferecido”, movimento ficou conhecido como Tratamento Moral e consoante Francisco (2008), foi difundido até a metade do século XIX na Europa e na América.

No início do século XX, nos Estados Unidos, um grupo de profissionais que se intitulavam como terapeutas ocupacionais tentaram elaborar os princípios da profissão. Eram médicos, enfermeiros assistentes sociais, professores de arte e voluntários. Eles defendiam o equilíbrio repouso-atividade e uma programação saudável de atividade, incluindo atividades produtivas, atividades lúdicas, atividades de autocuidado e contato pessoal. (CANIGLIA, 2005)

A Terapia Ocupacional como profissão da área de saúde surgiu nos Estados Unidos, e sua primeira escola foi fundada em Chicago, em 1915. A intenção era diminuir os efeitos da primeira Guerra Mundial — os atendimentos eram realizados para reabilitação dos incapacitados físicos e mentais que retornavam dos campos de batalha. Esse período foi chamado de “reconstrução” ou da restauração dos potenciais físicos e mentais dos sequelados de guerra. (MOREIRA, 2008). De acordo com Soares (2007) nesta mesma época iniciou-se a organização da categoria, em 1917, na Sociedade Nacional para Promoção da Terapia Ocupacional (depois chamada Associação Americana de Terapia Ocupacional).

Em 1923, a Associação Americana de Terapia Ocupacional estabeleceu os “Padrões Mínimos para Curso de Treinamento em Terapia Ocupacional”, o que colaborou bastante para a elevação do status da profissão. Neste período, serviços de Terapia Ocupacional eram bastante solicitados por hospitais, principalmente nos Estados Unidos, na área de Reabilitação Industrial. (CANIGLIA, 2005), serviços que influenciou a terapia ocupacional no Brasil.

#### 2.4.2 TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL

No Brasil, a história da profissão remonta ao período posterior à Segunda Guerra Mundial e às estratégias de implantação de programas de reabilitação na América Latina, preconizadas por organismos internacionais (ONU, OIT, Unesco), apesar das antigas experiências de uso das “ocupações com objetivo terapêutico” em instituições asilares psiquiátricas no Brasil, devido à influência norte-americana.

No início da década de 60, os cursos de formação em Terapia Ocupacional foram implantados, preferencialmente, na área da reabilitação física. Gradativamente, porém, na formação dos terapeutas ocupacionais foram incorporados estágios na atenção psiquiátrica. (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001). Cabe ressaltar alguns nomes importantes para esse processo: Luís Cerqueira, Nise da Silveira, Elso Arruda e Suliano Filho; ambos psiquiatras, constituíram a terapia ocupacional no país e produziram textos teóricos importantes no período de 1950 a 1986.(SOARES, 2007)

A profissão se institucionalizou entre 1948 e 1980. A formação profissional era inicialmente por meio de cursos de treinamento em saúde mental pela Dra. Nise da Silveira em 1948, depois em reabilitação física em 1956, porém o curso se tornou de nível universitário em 1961, pela lei do Currículo Mínimo, com 3 anos de duração. O reconhecimento da profissão foi promulgada apenas em 1969, juntamente com a fisioterapia.(SOARES, 2007)

Ainda segundo a mesma autora, em 1970 criou-se o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, que se organizou em entidades regionais. Em 1980 foi criado o primeiro sindicato da categoria, também em conjunto com a Fisioterapia. A legitimação oficial da T.O possibilitou sua ampliação em faculdades e universidades e conseqüentemente uma discussão mais ampla dos seus conceitos.

#### 2.4.3 DEFININDO A TERAPIA OCUPACIONAL

Ao longo de sua história, a Terapia Ocupacional teve várias denominações como terapia pelo trabalho, ergoterapia, praxiterapia e laborterapia. Esses conceitos possuem similaridade e, no Brasil, foram substituídos por terapia ocupacional na medida em que o curso e a profissão foram criados no país na segunda metade do século XX. (SOARES, 2007)

O termo “terapia ocupacional” foi proposto no início do século XX por George E. Barton, arquiteto norte-americano e fundador da Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). A partir da constatação da existência da doença ocupacional, Barton perguntou-se por que não poderia haver uma “Terapia Ocupacional” para atender a demanda (SOARES, 2007).

Francisco (2008) faz algumas considerações sobre certos mal-entendidos que o cotidiano e o senso comum lançam acerca do nome da profissão, quando é relacionado a brincadeiras, trabalho ou artesanato. Na tentativa de esclarecer essas questões, a autora traz

pesquisa que realizou no *Novo dicionário Aurélio*, que apresenta a etimologia das palavras “terapia” e “ocupacional”:

(...) no verbete terapêutica: Parte da medicina que estuda e põe em prática os meios adequados para aliviar ou curar doentes; Terapia. Terapêutica Ocupacional – psiq. Aquela que procura desenvolver e aproveitar o interesse do paciente por um determinado trabalho ou ocupação: Terapia Ocupacional, laborterapia, ergoterapia (nessa acepção, cf. praxiterapia)’. Conforme solicitação do autor, partimos então à procura do verbete praxiterapia, que diz o seguinte: ‘(de práxis + terapia) técnica de tratamento usada, em geral, em doentes crônicos internados, e que consiste na utilização terapêutica do trabalho, distribuindo-se aos pacientes tarefas de complexidade crescente’... Quanto a ocupacional, diz o autor: ‘referente a ocupação, trabalho, ofício’. Vejamos agora ocupação: ‘do latim *occupatione* – ato de ocupar, ou de apoderar-se de algo – Ofício, trabalho, emprego, serviço...’ (p.16).

A mesma autora constata que o estudo das raízes das palavras permite o entendimento da terapia ocupacional como “técnica (parte da medicina que estuda e põe em prática) que utiliza o trabalho como recurso (meio adequado) para tratar (aliviar ou curar os doentes)”. (FRASCISCO, 2008, p. 17)

No entanto, a pertinência deste termo vem sendo questionada por alguns terapeutas ocupacionais. Caniglia (2005) defende o termo “praxiterapia”, pois o considera mais fiel às formas de atuação deste profissional, para ela o termo “práxico” abrange mais as atividades humanas. A autora julga que o termo “ocupacional” se refere mais ao trabalho, restringindo a atuação. Esses questionamentos são universais, porém, a profissão permanece sendo denominada oficialmente de Terapia Ocupacional.

A concepção específica da T.O, remete a um conceito de profissional em que se evidencia suas funções reabilitadoras, isto é, ele é considerado como alguém que, através de seus conhecimentos específicos, deve atender às necessidades físicas, psíquicas e sociais de forma abrangente e significativa com utilização da ocupação humana.

As definições profissionais de terapia ocupacional são atualizadas periodicamente. A Associação Brasileira de Terapia Ocupacional divulgou 28 definições colhidas pela Federação Mundial de Terapia Ocupacional junto aos seus países membros. Os países que responderam foram: 16 europeus, 5 asiáticos, 4 americanas e 1 do oriente médio.(SOARES, 2007; WFOT 2002).

De acordo com Soares (2007, p.04), a definição inicial de Terapia Ocupacional foi proposta em 1922 pelo médico H. A. Pattison, como “qualquer atividade, mental ou física, claramente prescrita e orientada, com o objetivo específico de contribuir para o tratamento e acelerar a recuperação de uma doença ou trauma”.

Durante os últimos dez anos, os terapeutas ocupacionais brasileiros têm aceitado as definições de terapia ocupacional vindas dos Estados Unidos, e acolhem com maior

frequência as propostas pela Associação Americana de Terapia Ocupacional. (FRANCISCO, 2008). A seguir, algumas das principais definições.

A Associação Americana de Terapia Ocupacional propõe a seguinte definição:

Terapia Ocupacional é o uso das atividades significativas elaboradas para alcançar resultados funcionais que promovam saúde, previnam lesão ou deficiência, e que desenvolvam, melhorem e sustentem ou reestabeçam um maior nível possível de independência de qualquer indivíduo que tenha uma lesão, doença, déficit cognitivo, desajuste psicossocial, doença mental, atraso no desenvolvimento, ou dificuldade de aprendizagem, disfunção física ou outro transtorno. Inclui avaliação por meio de observação qualificada ou avaliação pela administração e interpretação de testes formais ou informais. – Definição prática de Terapia Ocupacional para Regulamentação Federal pela Associação Americana de Terapia Ocupacional, 1994. (WFOT, 2002, p.66)

A WFOT – World Federation of Occupational Therapists (Federação Mundial de Terapia Ocupacional) assim define a Terapia Ocupacional:

Terapia Ocupacional é uma disciplina da saúde que diz respeito a pessoas com diminuição, déficit ou incapacidade física ou mental, temporária ou permanente. O terapeuta ocupacional profissionalmente qualificado envolve o paciente em atividades destinadas a promover o restabelecimento e o máximo uso de suas funções com o propósito de ajudá-los a fazer frente às demandas de seu ambiente de trabalho, social, pessoal e doméstico e a participar da vida em seu mais plano sentido. (WFOT, 2002, p. 12)

Em 1997 desenvolveu-se um conceito brasileiro para definir a profissão e que foi de grande importância para o desenvolvimento da profissão no país, afinal, o conceito de uma profissão deve ser adequado ao contexto do país (FRANCISCO, 2008; WFOT 2002). Esta definição foi formulada pelo curso de Terapia da USP - Ocupacional da Universidade de São Paulo, e é a definição brasileira mais difundida:

É um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizador e orientador, na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico. (WFOT, 2002, p. 68)

A Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais traz a seguinte definição da profissão:

Uma profissão de nível superior reconhecida e regulamentada pelo Decreto Lei nº 938/69 e pelas resoluções COFFITO nº 08/1978, 10/1978, 81/1987, estes atribuem as competências do profissional terapeuta ocupacional, no diagnóstico do desempenho ocupacional nas áreas das atividades de vida diária, atividades

instrumentais de vida diária, trabalho e produtivas, lazer ou diversão e nos componentes de desempenho sensório-motor, integração cognitiva, e componentes cognitivos, habilidades psicossociais e componentes psicológicos, por meio da utilização de métodos e técnicas terapêuticas ocupacionais. (ABRATO, 2012)

Definição disponibilizada pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional:

É uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos. (COFFITO, 2011)

Com as organizações das definições da terapia ocupacional podemos fazer referência aos modelos que podem conduzir a prática da T.O.

#### 2.4.4 MODELOS TEÓRICOS EM TERAPIA OCUPACIONAL

Na maioria dos trabalhos analisados, os conhecimentos teóricos ministrados nos cursos de T.O são apontados como formas fundamentadas de intervenção. Segundo Hagedorn (2001, p.151), os modelos são “uma representação simplificada de estrutura e conteúdo de um fenômeno ou sistema, que escreve ou explica as complexas relações entre os conceitos do sistema e integra os elementos da teoria e da prática”.

Na busca pelo reconhecimento científico, a terapia ocupacional referenciou a estrutura de seus modelos de atuação nos procedimentos e teorias médicas e psicológicas, entre quais, cabe ressaltar, os exercícios físicos, a estimulação sensorial, as atividades sequenciais do desenvolvimento humano. Isso se deu pelo fato de serem os conhecimentos valorizados na época. (MEDEIROS, 2004). A terapia ocupacional, porém, foi saindo gradualmente da tutela médica e se apropriando de um arsenal teórico para sustentar sua prática, afirmando, dessa forma, um *status* profissional. (DRUMMOND, 2007)

Na terapia ocupacional, os “Modelos Teóricos” indicam a abordagem teórica utilizada para fundamentar a prática do profissional. De acordo com Caniglia (2005, p.126), “os modelos tratam das referências teóricas que contém conceitos e premissas teóricas que darão base e orientação para a utilização na clínica e na pesquisa”.

Vários estudos têm sido feitos para se detectarem quais modelos teóricos o terapeuta ocupacional busca para fundamentar sua prática. CANIGLIA (1991), pesquisando referências teóricas utilizadas em Terapia Ocupacional, observou que vários profissionais se interessam pelo assunto: Reed identificou 35 modelos em Terapia Ocupacional; Helen e Hopkins apresentaram nove abordagens para a prática:

Comportamental, Biomecânica, Cognitiva, Desenvolvimental, Neurodesenvolvimental, Sensorio-motora, Ocupação Humana, Psicanalítica e Reabilitação. Anne Mosey três abordagens de referência: Analítica, Desenvolvimental e Aquisicional. Javetz e Katz apontaram nove modelos: Integrativo Sensorial, Neurodesenvolvimental, Comportamental, Cognitivo, Comportamento Ocupacional, Psicodinâmico, Desenvolvimental, Reabilitativo e Biomecânico. Briggs e outros autores apresentam quatro modelos para a Terapia Ocupacional Psicossocial: Psicanalítico, Comportamental, Humanístico e Desenvolvimental. Kielhofner levantou oito modelos: Adaptação Espaço Temporal, Biomecânico, Cognitivo Perceptual, Controle Motor, Distúrbios Cognitivos, Grupos de Trabalho, Integrativo Sensorial e Ocupação Humana. Hagedorn descreveu 6 modelos: Ocupação Humana, Adaptação através da Ocupação, Desempenho Ocupacional, Habilidades Adaptativas, Incapacidade Cognitiva, Saúde através das Atividades (p. 126-7).

Caniglia (2005) apresenta em seus estudos uma classificação para os modelos utilizados em terapia ocupacional, a saber: Modelo Profissional, Modelos Sanitaristas, Modelos Históricos, Modelos Filosóficos e Modelos Metodológicos. Optou-se por explicitar melhor esse último, pois se caracteriza em ter como base e utilização de teorias, métodos e técnicas específicas. As principais características destes modelos estão organizadas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Modelos Metodológicos em Terapia Ocupacional

MODELOS METODOLÓGICOS	CARACTERÍSTICAS
Modelo Analítico ou Junguiano	O objetivo é favorecer a interação do ego com o inconsciente.
Modelo Biomecânico	Fundamenta-se em leis da mecânica e da cinesiologia.
Modelo Cognitivo	Estuda as formas pelas quais os indivíduos lidam com estímulos ambientais, organizam dados, sentem, percebem e resolvem problemas, adquirem conceitos e empregam símbolos verbais.
Modelo Comportamental ou Behaviorista	Aplicação de princípios da teoria da aprendizagem à mudança de comportamento, buscando-se formas mais adaptadas.
Modelo Desenvolvimental ou Evolutivo	Aplicação do conhecimento do desenvolvimento humano por meio das características dos estágios do desenvolvimento.
Modelo Gestaltico	Sofreu influencia filosófica da fenomenologia e do existencialismo.
Modelo Humanístico Existencial	Tem como objetivo conscientizar os indivíduos de seus valores e buscar a essência, a autenticidade de sua existência.
Modelo Humanismo Rogeriano	Baseia-se na prática centrada no cliente, tem como objetivo ajudar o indivíduo a tornar-se uma pessoa plena.
Modelo Integrativo Sensorial	Envolve estimulação sensorial e respostas adaptativas, seu objetivo é melhorar a maneira como o cérebro processa e organiza as sensações.
Modelo Lúdico	Refere-se à diversão, recreação, lazer, jogo e brincadeiras.
Modelo Neurodesenvolvimental ou Neuroevolutivo	Tem seu enfoque no desenvolvimento neurológico.
Modelo Ocupação Humana	Coloca a ocupação como essência da existência humana. Tem como meta recuperar o nível de



	desempenho, manter o nível atual, ou atingir um nível ótimo de desempenho.
Modelo Perceptomotor ou Psicomotriz	Referencia-se na psicomotricidade, tem como objetivo favorecer um desenvolvimento psicomotor harmonioso.
Modelo Psicanalítico	Baseia-se no desenvolvimento da personalidade, filosofia da natureza humana. A meta é eliminar os sintomas trazendo à consciência os conflitos inconscientes.
Modelo Sensitivomotor	Visa influenciar respostas motoras através de estímulos proprioceptivos e exteroceptivos.
Modelo Sistêmico	Baseia-se na Teoria Geral dos Sistemas. Visão holística de homem e mundo.
Modelo Sociocultural comunitário	Refere-se ao trabalho desenvolvido junto com a comunidade, enfatizando os aspectos sócio-político-culturais do contexto.
Modelo Sócioinstitucional	Refere-se a o trabalho desenvolvido com enfoque nas relações interpessoais e grupais das instituições.

Fonte: CANIGLIA, 2005.

Cabe ainda detalhar melhor as abordagens mais utilizadas pelos terapeutas ocupacionais em saúde mental. Um delas é o modelo analítico, também conhecido como junguiano devido ao seu criador Carl Gustav Jung (1875-1961). Segundo Vaz (2007), os estudos de Jung foram trazidos para o Brasil na primeira metade do século XX por Nise da Silveira, ela considerava que Jung forneceria à terapia ocupacional amplas bases de terapêutica para neuróticos e para psicóticos.

O modelo junguiano utiliza os conceitos tais como: inconsciente individual, inconsciente coletivo, arquétipos, persona, *self*, mandala, *animus*, *anima*, sombra, atitude e funções.[...] O processo exige uma comunicação entre o consciente e o inconsciente, um diálogo constante entre vida exterior e a dimensão simbólica da vida interior. (CANIGLIA, 2005, p. 133)

Mângia e Nicácio (2001) sugerem que um dos referenciais que se tornaram importantes para a Terapia Ocupacional no processo de constituição do campo da saúde mental foi a Psicodinâmica. Segundo as autoras, esses referenciais surgiram a partir da intenção de humanizar as instituições psiquiátricas, criticar o Tratamento Moral, a Ergoterapia, as práticas de ocupação do tempo ocioso e violações da identidade presentes nos ambientes asilares, sem, no entanto, romper com sua lógica.

Tedesco (2007, p. 157) define psicodinâmica como “o efeito das ideias psicanalíticas sobre diferentes áreas que enfocam o funcionamento mental e desenvolvem estratégias que lidam ou consideram o sofrimento psíquico”. Conceitua ainda a psicodinâmica da ação como o entendimento dos mecanismos inconscientes das ações ou dos comportamentos como peça

importante para compreensão do ser humano e das estratégias desenvolvidas na relação terapêutica.

Para Almeida e Trevisan (2010), a Prática Centrada no Cliente constitui um referencial teórico da psicologia que é utilizado pelo terapeuta ocupacional e que tem grande importância na saúde mental. De acordo com as autoras este modelo possibilita desenvolver ações junto com os usuários, auxiliando-os no processo de identificação de suas demandas e superação dos obstáculos que se interpõem à sua participação social e desempenho satisfatório nas atividades cotidianas.

A Prática Centrada no Cliente, proposta por pelo psicólogo Carl Rogers é uma abordagem canadense que privilegia a interação terapeuta e cliente no processo terapêutico, permitindo que o terapeuta torne-se um facilitador em tal processo. Tal abordagem visa habilitação nas áreas de desempenho ocupacional referentes ao lazer, produtividade e autocuidado, desde que dotados de significado para o indivíduo e adequados a seu momento e contexto de vida. Verifica-se que este modelo constitui uma ferramenta de trabalho que coincide com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial por valorizar a coparticipação e responsabilização do usuário por seu projeto terapêutico, e por demonstrar flexibilidade quanto à utilização de modelos de intervenção diversos que atendam as demandas de cada caso (MÂNGIA, 2002).

#### 2.4.5 O TERAPEUTA OCUPACIONAL NO CAPSad

A Portaria 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, define as modalidades de CAPS e estabelece que a equipe técnica mínima para atuação no CAPSad II para atendimento será composta, entre outros profissionais, pelo terapeuta ocupacional.

Diante disso, a profissão tem buscado sua legitimidade como área de atuação e de produção de saber. Para tanto, os terapeutas ocupacionais têm se aprimorado teórica, técnica e politicamente para a atuação na rede de serviços substitutivos. (RIBEIRO E OLIVEIRA, 2005)

Ballarin e Carvalho (2007) destacam a heterogeneidade das práticas e dos recursos da Terapia Ocupacional que, apesar de compartilhados no trabalho em equipe, se mostram pontuais ao auxiliar no processo de desinstitucionalização de um paciente. Isso acontece a partir da identificação e da validação de potencialidades e interesses, da observação sistemática de seu cotidiano, do fortalecimento de vínculos e contratualidade.

Desse modo, a Terapia Ocupacional no CAPSad procura meios de “estabelecer um sistema de trocas, não só de produtos realizados por mãos que antes eram usadas só para se drogar, mas também aqueles de conteúdos afetivos vividos nessa relação de construções”. (TEDESCO e BENETTON, 1996, p. 99)

Para Benetton, citada por Tedesco (1995), no cenário do fazer, terapeutas e atividades colocam-se à disposição "para construir, desde a recepção (do dependente e acompanhante) no espaço que se interponha entre o toxicômano e a droga. Para abrir esse espaço é impossível deixar um dos dois de lado ou simplesmente retirar a droga de cena. É preciso incluir sem excluir."

A clínica do terapeuta ocupacional no cenário do CAPSad tem como principal objetivo a facilitação do gerenciamento da dependência química e da reinserção social com foco na autonomia, mas são sempre considerados primeiramente desejos e vontades do usuário.

Almeida e Trevisan (2010) estabelece que o produto do trabalho do terapeuta ocupacional equipara-se com o produto sugerido pela Reabilitação Psicossocial, uma vez que autonomia e participação social se articulam com o engajamento em atividades significativas no contexto de vida e “a terapia ocupacional tem como propósito final a inclusão social” (Benetton citado por ALMEIDA e TREVISAN, 2010).

Oliveira (2006, p.232) descreve em seus trabalhos vários objetivos terapêuticos ocupacionais na área da dependência química. Entre eles ressalta-se:

- Possibilitar expressão simbólica e subjetiva, a qual se estabelece pelo real processo de comunicação terapeuta-paciente-atividade;
- Promover compreensão a respeito da problemática relacionada ao abuso de substâncias químicas, através de uma aprendizagem centrada na realidade do usuário;
- Estimular potencialidades favorecendo o fenômeno da construção pessoal de cada indivíduo, utilizando-se diferentes linguagens: plásticas, corporal, literária etc;
- Favorecer a reinserção social e reconstrução da cidadania, considerando de fundamental importância a capacitação e/ou retorno profissional, a exemplo das cooperativas de trabalho ou oficinas de produção e geração de renda.

Quanto à especificidade do terapeuta ocupacional dentro deste contexto, pode-se sinalizar que todas as ações interdisciplinares propostas pelos serviços substitutivos estão de acordo com os pressupostos teóricos que sustentam a profissão. Diante disso, cabe ao terapeuta ocupacional o desafio de demonstrar competência no cotidiano do trabalho em equipe, pontuando o quanto sua formação e seu conhecimento sobre a atividade humana podem contribuir para alcançar os objetivos da Reabilitação Psicossocial. (Almeida e Trevisan 2010)

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de caráter exploratório e abordagem qualitativa que contemplou as vivências, experiências, por meio da linguagem Minayo (2012) afirma que a “experiência”, a “vivência”, a “ação” e o “senso comum” são os substantivos que compõem a matéria prima da pesquisa qualitativa. A primeira, por ser constitutiva da existência humana, alimenta a reflexão e se expressa na linguagem. A segunda é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. A terceira se define como o exercício dos indivíduos, dos grupos e das instituições para construir suas vidas e sua cultura a partir das condições que eles encontram na realidade. Já o senso comum pode ser definido como um corpo de conhecimentos que derivam das experiências e das vivências. Ele se constitui de opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir. Assim como a experiência, o senso comum também se expressa na linguagem é a base do entendimento humano e, portanto, o chão dos estudos qualitativos.

O eixo teórico utilizado para embasar a pesquisa qualitativa foi o construcionismo social, uma abordagem teórica metodológica que permite captar qual o sentido da Terapia Ocupacional para os profissionais do CAPSad. Essa abordagem possibilita capturar o mecanismo da produção de sentidos dentro dos contextos sociais. Spink (2010, p.34) define sentido como:

uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.

A abordagem do construcionismo social foi escolhida como o método mais adequado para conduzir o estudo, pois entende-se que as ações humanas são relatáveis e observáveis, e que as falas e experiências dos atores sociais fornecerão dados relevantes para que o investigador, por meio dos encontros e das conversas, amplie o acesso à produção de sentidos e à construção do mundo sociocultural desses sujeitos. (SPINK, 2004)

De acordo com Kenneth Gergen citado por Spink (2004, p.26) “a investigação sócio-construcionista preocupa-se com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas

descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem.” Logo, a escolha metodológica mencionada almejou a identificação descritiva, analítica e interpretativa do sentido da Terapia Ocupacional no olhar dos profissionais do CAPSad.

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O espaço da pesquisa foi selecionado segundo o critério de conveniência para a pesquisadora. Entre as opções de fácil acesso existem o CAPSad-Ceilândia e o CAPSad-Guará. Como a pesquisadora possui vínculo com os profissionais de Ceilândia, optou-se pelo Guará, pois a impessoalidade tem grande importância para o êxito do trabalho.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Guará foi o primeiro CAPS-ad do Distrito Federal, inaugurado em setembro de 2004. Funciona hoje em espaço ainda provisório, no subsolo do Centro de Saúde 08 do Guará; atende homens e mulheres maiores de 18 anos e tem uma média de 800 pacientes ativos. A clientela é composta por residentes no Guará I e no Guará II e em mais sete regiões do Distrito Federal: SIA (Setor de Indústria e Abastecimento), Estrutural, Vicente Pires, Riacho Fundo I, Águas Claras, Samambaia e Taguatinga. Tem uma equipe interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e técnicos administrativos.

O Guará constitui a décima Região Administrativa (RA X) do Distrito Federal. Foi criada em 1967, iniciando pelo o Guará I, com a finalidade de abrigar trabalhadores do SIA (Setor de Indústria e Abastecimento), moradores de invasões, núcleos provisórios e funcionários públicos. Com uma população de aproximadamente 120 mil habitantes, essa RA é considerada por muitos uma cidade-dormitório de Brasília, e por outros um bairro da capital federal, pois a maioria da sua população trabalha ou estuda no Plano Piloto. A distância que o separa do centro é de aproximadamente onze quilômetros. É reconhecidamente um bairro de classe média e uma das áreas do DF mais caras de se morar atualmente. (BRASÍLIA, 2012)

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O estudo contemplou 10 profissionais do CAPS-ad Guará, 5 profissionais de nível superior e 5 de nível médio, que foram escolhidos aleatoriamente. Sobre o tamanho da amostra escolhida, cabe ressaltar que se trata de um conhecimento empírico, capaz de estimar

o ponto em que as informações das entrevistas saturam. Glaser e Strauss citado por Fontanella e col (2008) originalmente conceituaram saturação teórica como “a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo) pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica.”

Estudo realizado em por Thiry-Cherques (2009) apresenta um modelo de prognóstico do ponto de saturação. O método utilizado foi inteiramente empírico e baseado em modelos teóricos como o de Romney; Batchelder e Weller (1987) e Guest; Bunce e Johnson (2006). Verificou-se que, em diferentes campos de pesquisa, com contexto e dimensões diferentes, o ponto de saturação é atingido em, no máximo, quinze observações. Ainda de acordo com os estudos de Thiry- Cherques (2009):

“considerando as recomendações de não realizar menos do que 6 observações e de não estender além do limite de 12 o número de observações, com a prática de estreitar o foco depois da terceira observação, as categorias saturam quando o equivalente a 1/3 das observações já efetuadas não acrescenta novas propriedades.”

O procedimento de coleta foi realizado com a colaboração da gerência do CAPSad-Guará, e o critério de inclusão foi que o indivíduo possuísse idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, trabalhasse no CAPSad por, no mínimo, um ano, e que aceitasse participar da pesquisa de forma voluntária.

### 3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se constituiu em uma entrevista semiestruturada, composta de três questões norteadoras. Pinheiro (2004, p.186) considera a entrevista como “prática discursiva, ou seja, entendê-la como ação (intenção) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade.”

O roteiro norteador da entrevista (APÊNDICE 2) foi elaborado pela pesquisadora, que tomou como base os objetivos específicos do projeto. As entrevistas foram realizadas pela aluna com supervisão da orientadora no próprio CAPSad Guará, em horário previamente marcado com os pesquisados.

Antes da realização da entrevista, o entrevistado foi informado quanto à natureza da pesquisa, seus objetivos e condições éticas. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), após a assinatura do qual iniciou-se a gravação em áudio, como autorizado pelo participante, para posterior transcrição. O anonimato dos participantes

foi garantido por meio da utilização da abreviatura “E”, de entrevistado, seguida por numerais arábicos, em ordem crescente, conforme explicitado: E1, E2, E3, E4 e E5.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a transcrição literal das entrevistas, a análise dos dados foi realizada por meio do Mapa de Associação de Ideias, que, de acordo com Spink (2010 p.38) “são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários.” O *Mapa* constitui-se apenas de uma tabela em que as colunas são definidas tematicamente. Esses temas refletem as três perguntas norteadoras da entrevista. Conforme Spink e Lima (2000), é um recurso para produzir sentido e compreender determinadas passagens das entrevistas.

A técnica do mapa de associações de ideias envolve os seguintes passos:

- a) foi utilizado um processador de dados tipo word for windows e digitado toda a entrevista;
- b) foi construída uma tabela com números de colunas correspondentes às categorias utilizadas;
- e c) foi utilizadas as funções cortar e colar para transferir o conteúdo do texto para as colunas, respeitando-se a sequência do diálogo. (Spink, Lima, 2004, p.107-8)

Obteve-se, como resultado, um efeito escada, ou seja, o discurso das entrevistas foi gravado, posteriormente transcrito, e, depois, transportado em sua totalidade para mapas de associação de ideias, respeitando a ordem da fala original. O roteiro utilizado foi dividido em colunas temáticas de associação de ideias. A entrevista dividiu-se em blocos de três colunas. Cada coluna incorporou uma pergunta: como a nomeia, como a descreve e como a explica. A primeira coluna — como nomeia a terapia ocupacional — serviu de referência para a introdução dos blocos subsequentes e associativos. A segunda coluna — como explica a terapia ocupacional —, mais densa, englobou todas as explicações do conteúdo das associações e constituiu uma forma de análise que permitiu compreender o processo da dialogia da pesquisa. Na terceira coluna — como descrevem a terapia ocupacional — também bastante densa, foram colocadas as respostas de como os indivíduos caracterizaram a terapia ocupacional. Nesse ponto temos por foco a discussão dos principais aspectos levantados pelos profissionais, sobretudo no que concerne às vivências.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram obedecidas neste trabalho as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa que envolve seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, nos termos da Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Foram atendidas, desta forma, as exigências éticas e científicas fundamentais estabelecidas. Buscou-se também tratar com dignidade os sujeitos envolvidos, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade.

Este projeto, de protocolo n. 225/2012, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS – Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, pelo parecer n. 268/2012 (ANEXO 1).



## 4. RESULTADOS

### 4.1 COMO OS PROFISSIONAIS DO CAPS-AD NOMEIAM A TERAPIA OCUPACIONAL

#### 4.1.1 A Terapia ocupacional sinônimo de atividade, movimento e reabilitação

Em um primeiro momento, os profissionais nomeiam a Terapia Ocupacional como “movimento” e “atividade”. Os termos parecem estar associados a competências que apresentam diversos sentidos dentro de contexto e espaço distintos. Dessa forma, os depoimentos expressaram uma diferença na maneira de nomear a terapia ocupacional, conforme se segue.

“Eu acho que é ação, movimento, expressão”. **E1**

“Usa muita atividade” **E1**

Quando os profissionais retratam a T.O como atividade nos remetemos a definição de Aurélio, na qual atividade significa vivacidade e energia na ação: Ocupação de uma pessoa. Ação que resulta do fato de agir; tudo aquilo que se faz. Os discursos caracterizam a T.O como a manifestação de uma unidade de trabalho que um indivíduo, pode ser chamado a realizar com uma finalidade, normalmente expressa em termos da criação ou atualização de alguns artefatos para expressão e reabilitação.

“Eu acho que é reabilitação mesmo” **E5**

“... estimular, potencializar o que aquele paciente tem de bom, assim de qualidade. **E6**

“Adquirir alguma habilidade que você não tinha” **E10**

Nas narrativas a T.O esta relacionada ao desenvolvimento capacidade, destreza, agilidade e restaurar e recuperar habilidades perdidas ou com déficit, ou seja, reabilitação. Aspecto mais concreto da profissão.

## 4.2 COMO OS PROFISSIONAIS EXPLICAM A TERAPIA OCUPACIONAL

Explicação é a revelação de possíveis causas compreensão sobre um determinado assunto. Os conceitos apresentado e construído com os conceitos formulados por diferentes profissionais fizeram alusão à T.O como o conjunto de atividades construídas ao longo da intervenção da profissão, baseadas em capacidades cognitivas, de mobilização de habilidades para produção, adaptação e socialização.

### 4.2.1 A Terapia Ocupacional meio de socialização e expressão

Os profissionais explicam a Terapia Ocupacional como o meio de expressão e aprendizado de habilidades sociais. Para eles, a prática do terapeuta ocupacional facilita o surgimento de conteúdos subjetivos do sujeito e contribui para a socialização e adaptação do usuário. Segundo Lopes e Leão citado por Almeida e Trevisan (2010), como estratégia de atuação, a Terapia Ocupacional tem dado prioridade aos atendimentos grupais e, mais especificamente, às oficinas terapêuticas, pela similaridade com a proposta da profissão e priorização da atividade como uma oportunidade para a promoção de autonomia e participação social.

“A terapia ocupacional, pra mim, facilita encontrar essas novas vias de expressões” **E1**

“...E então tem inclusão através delas.” **E2**

“Como fazer com que a pessoa se adapte ao ambiente, àquilo que eles estão fazendo.” **E3**

“A terapia ocupacional, para mim, tem uma questão que vai além de se ocupar [...] está ali vendo como aquela pessoa está trabalhando, não só a cognição, mas a fala dela, o que ela traz naquele momento, qual leitura de vida que ela tem...” **E4**

“Ele vê um potencial ali que pode se desenvolver mais.” **E6**

“Estimulando, por exemplo, a questão do lazer, da socialização, às vezes, até de orientação para volta ao trabalho, ‘oh você tem potencial nisso’, ‘faz um curso nisso’, ‘você pode se desenvolver mais’” **E6**

Analisando os discursos compreendemos que a socialização aqui referida está próxima da discussão de Berger & Luckmann (1976, p. 175), que definem a socialização como a "ampla e consistente introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela."

#### **4.2.2 Terapia Ocupacional meio de recuperação de perdas cognitivas**

Os relatos remetem ao sentido atribuído às atividades desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional. Para os entrevistados, o terapeuta ocupacional tem a habilidade de identificar as perdas cognitivas e motoras e trabalhar isso por meio do desenvolvimento de atividades práticas, treino neuropsicológico, mediante estimulação cognitiva para otimizar a eficácia do funcionamento das diversas capacidades e funções cognitivas (percepção, atenção, raciocínio, abstração, memória, linguagem, processos de orientação e praxias), através de tarefas concretas.

“Avalia perda cognitiva, tentar recuperar o que dá”. **E2**

“... avaliaram e aí se percebe que eles tinham perda cognitiva mesmo; pacientes que não sabiam se identificar, se perdiam na rua...esse tipo de coisa.” **E2**

“A característica que eu vejo mais desenvolver a coordenação motora deles, eu acho que ajuda também a reabilitação cognitiva.” **E3**

“Não é no nível ocupacional propriamente dito, mas é no nível de melhora da qualidade de vida desse usuário aqui dentro, no sentido de melhora de suas funções, suas funções motoras, funções cognitivas, mentais.” **E4**

As narrativas dos profissionais sinalizam que a T.O funciona a partir da abordagem cognitiva comportamental na qual o treinamento de habilidades é a estratégia principal para recuperar memória e restabelecer coordenação motora. O treinamento implica em ensinar os usuários passos para a resolução de situações complicadas que incluem: definição do problema; lista de possíveis soluções; avaliação das vantagens e desvantagens de cada solução; escolher uma solução e formular um plano de ação.

### 4.3 COMO OS PROFISSIONAIS DESCREVEM A TERAPIA OCUPACIONAL

No âmbito desta pesquisa, considerou-se o repertório de produção prática e de habilidades cognitivas e motoras que o terapeuta desenvolve, e que valorizam sua prática e atividade profissional. Descrição é retratar um comportamento observado, percebido e vivenciado e o descrito traz a T.O como um elemento prático.

#### 4.3.1 A Terapia Ocupacional uma atividade prática

A descrição da Terapia Ocupacional como atividades práticas, dinâmicas, que mexem com o corpo está presente no discurso dos profissionais. Associações são feitas entre essa prática e atividades manuais, artesanais, de produção e atividades de expressão corporal.

“Elas fazem exposição de produção artesanal.” **E1**

“...são as atividades mais dinâmicas que a gente tem aqui no CAPS.” **E1**

“Eles tentam colocar as pessoas em atividades, elas fazem com que elas passem a produzir, porque elas deixam de produzir.” **E3**

“...essas atividades envolvem trabalho corporal, atividades laborais, atividades com o corpo, atividades com a mente, trabalham a memória. **E4**

“...até porque a terapia trabalha muito com os grupos manuais, de artesanato, de tintura, de tapete, de música, de dança e eles gostam muito.” **E8**

“São mais atividades práticas, atividades manuais...” **E9**

“A outra terapeuta já trabalha mais com a questão musical, de dança, de jogos,” **E10**

Atividades laborais, fazer tricô, crochê, jogos, dança, bordado, bijuteria ou outras atividades manuais são atividades que produzem sentidos para os profissionais do CapsAd , e de fato são atividades que o terapeuta ocupacional pode orientar e aplicar estas atividades para alcançar um objetivo definido.

#### 4.3.2 A Terapia Ocupacional promotora de habilidades cognitivas e motoras

A descrição feita pelos profissionais do CAPS-ad sobre o trabalho da terapia ocupacional evidencia o desenvolvimento de habilidade Cognitiva como referencial teórico e prático no tratamento de déficits cognitivos e funcionais presentes nos usuários de álcool e

outras drogas. O que foi descrito sugere, o uso de abordagens clínicas fundamentadas em teorias da Cognição como podemos observar nas falas abaixo:

“...pacientes que têm uma dificuldade cognitiva maior, e não têm condição muito de ter uma compreensão de elaborar o grupo de fala, em geral, vão parar nos grupos específicos da TO.”

**E1**

“...eles perdem movimentos que não percebem e nem admitem. E quando você vê a terapia ocupacional fazendo um trabalho, aí você consegue perceber...e eles conseguem perceber que eles de repente não conseguem mais pentear o cabelo...ou...pintar uma coisa certinha.” **E3**

“...trabalham, por exemplo, coordenação motora fina para algumas pessoas que estão em quadro de abstinência de álcool.” **E4**

“...melhora da memória, da cognição.” **E4**

“O paciente às vezes não tem uma coordenação motora para trabalhar em determinada atividade, ou não tem a parte cognitiva ou de memória aí elas vão trabalhar.” **E5**

“Melhorar potenciais, seja na questão psicomotora seja na questão da memória, da cognição.”

**E6**

“...trabalha mais problema cognitivo...” **E7**

“Então seria uma reabilitação motora das pessoas que têm algum tipo de dificuldade.” **E8**

“E também trabalha com a questão da motricidade...” **E10**

As narrativas fazem referência que a T.O intervém na cognição, nos prejuízos funcionais e na repercussão destas alterações na vida cotidiana do indivíduos. Além disso, eles sugerem que esse profissional tem maior habilidade para trabalhar com pacientes com essas sequelas do que outros profissionais.

## 5. DISCUSSÃO

Inicialmente, os profissionais nomeiam a terapia ocupacional como “movimento” e “atividade”. Ou seja, os entrevistados fazem associação do nome aos recursos utilizados pelo terapeuta, e não ao objeto de estudo da profissão. Barros (2010) assevera que a atividade como recurso de terapia ocupacional deve ser entendida como “espaço para criar, recriar e reproduzir um mundo humano, cujo processo envolve simbolismo, intenções, desejos e necessidades.”

Neste ponto, porém, não houve similaridade muito grande das respostas e aparecem também palavras como “reabilitação” e “aquisição de habilidade”. Sugere-se que estas formas de nomear, ao contrário das primeiras, remetem à finalidade da profissão e não mais ao recurso terapêutico utilizado.

Ao explicar, os profissionais concretizam a terapia ocupacional de duas formas: a primeira, como meio de expressão e socialização. Infere-se que as atividades e técnicas desenvolvidas pelo terapeuta favorecem a abertura de novas formas de comunicação e proporciona um meio do treino de habilidades sociais (THS), instrumento da terapia comportamental, utilizado como parte do tratamento psicossocial, que a terapia ocupacional utiliza para uma melhor interação dos usuários dentro e fora do serviço.

Segundo Caniglia (2005) o modelo comportamental baseia-se na premissa básica de que “todo comportamento é aprendido e pode ser modelado”. Conclui-se das falas dos profissionais que o ambiente terapêutico da TO favorece o aprendizado dessas habilidades sociais.

A segunda forma de explicar a terapia ocupacional foi como meio de recuperação perdas cognitivas. De acordo com os relatos, o profissional de TO tem a habilidade de avaliar as perdas cognitivas e motoras e reabilitar o seu portador.

Chega-se agora a um ponto muito interessante e novo — o uso da abordagem cognitivista por terapeutas ocupacionais dentro do espaço de álcool e drogas. De acordo com Caniglia (2005) este modelo estuda as “formas pelas quais os indivíduos lidam com os estímulos ambientais, organizam dados, sentem, percebem e resolvem problemas, adquirem conceitos e empregam símbolos verbais”.

Existem publicações que relatam a ação de terapeutas ocupacionais dentro dessa abordagem, porém, em intervenções realizadas com idosos ou crianças com atrasos no

desenvolvimento. Rocha (2006) relata sobre atuação do terapeuta ocupacional com idosos portadores de demência. Segundo ela, em meio à estimulação cognitiva, a T.O, deve buscar atividades que exercitem e mantenham a memória, a consciência; que trabalhem a sequência de pensamentos e a atenção. Para os profissionais do CAPS-ad, ações como essas são importantes devido às sequelas decorrentes do uso de substâncias, como perda de memória e tremores.

Ao descrever a terapia ocupacional, o termo aparece, primeiramente, associado a uma atividade prática, dinâmica, e isso se evidencia em termos como “produção artesanal”, “atividades com o corpo”, “grupos manuais” e “questão musical”. Deduz-se disso que os profissionais enxergam a terapia como uma prática associada a uma ação, no caso de atividades corporais e musicais, ou a um produto final, como no caso do artesanato e de trabalhos manuais.

De acordo com Branco e Tavares (sem ano), na busca de fazer-se entender e de comunicar-se com o outro, o terapeuta ocupacional faz uso das mais diversas “formas de ação”. Entre elas está o fazer profissional como forma de interação e comunicação social, sendo as concepções por eles construídas, a respeito de sua atividade, fundamentais para a estruturação de sua identidade profissional.

A outra forma de descrever a terapia ocupacional foi como promotora de habilidades cognitivas e motoras, e vale salientar que as bases teóricas do treinamento de habilidades se fundam nas teorias comportamentais. Segundo os entrevistados, os usuários que têm dificuldades de se adaptar a outros grupos, devido às perdas das habilidades cognitivas, são encaminhados aos grupos de terapia ocupacional. Para os outros profissionais, o terapeuta ocupacional consegue identificar e avaliar essas perdas e trabalhá-las por meio de suas atividades.

É possível inferir, que modelo utilizado pelos terapeutas ocupacionais para aquisição dessas habilidades é a abordagem cognitiva-comportamental. Embora não se tenha encontrado publicações a respeito do uso desse modelo por terapeutas ocupacionais no contexto de álcool e drogas, Rangé e Marlatt (2008) relatam que muitos estudos confirmaram a efetividade da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do alcoolismo.

O modelo cognitivo-comportamental proposto por Heimberg, Juster, Hope e Mattia (1995) procura integrar vários resultados de pesquisas e modelos existentes. O modelo é baseado na presunção de que existe uma predisposição para o desenvolvimento da fobia social, que pode ser herdada ou produzida por fatores na infância ou na adolescência que sensibilizam o indivíduo para os aspectos ameaçadores das situações sociais. (D’El Rey e Pacini, 2006, p. 271)

Rangé e Marlatt (2008) sugerem que o desenvolvimento de habilidades para enfrentamento efetivo precisa envolver habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas.

Ainda de acordo com os mesmo autores, o treino de habilidades deve ter como base duas categorias de fatores a ser consideradas como predisponentes para o uso de álcool: fatores interpessoais (suporte social, relações conjugais e familiares, relações no trabalho) e fatores intrapessoais (processos cognitivos e estados de humor).

Esta nova forma de atuar em terapia ocupacional no contexto de álcool e drogas provavelmente esteja relacionada à formação das profissionais que lá atuam. É importante destacar, também, que ganhos motores e cognitivos são mais imediatamente perceptíveis do que ganhos sociais e psíquicos. Talvez devido a sua materialidade no cotidiano do serviço, esses termos apareçam com tanta frequência nas narrativas dos profissionais.

Diante disso, é possível deduzir que os outros profissionais percebem o terapeuta ocupacional no CAPSad- Guará como um profissional que não busca apenas reduzir limitações, dificuldades ou barreiras, mas também, investiga talentos, habilidades e aptidões, favorecendo o encontro entre essas habilidades e as ocupações oferecidas no mundo contemporâneo.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os objetivos foram alcançados uma vez que foi possível compreender o processo de construção dos conhecimentos e dos sentidos atribuídos ao trabalho da terapia ocupacional no CAPSad. A pesquisa possibilitou a compreensão das formas como os outros profissionais explicam e caracterizam a TO.

A relevância deste trabalho foi conhecer os aspectos teóricos e práticos das atividades da Terapia Ocupacional com foco na reestruturação de cognições ofertado no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas Guará. É importante salientar, contudo, que a terapia ocupacional utiliza teorias e técnicas diferentes da cognitiva comportamental, que não apareceram em nenhum momento da pesquisa.

As narrativas apresentadas sob a perspectiva dos profissionais evidenciam três eixos principais nos quais as respostas apareceram: 1) terapia ocupacional como atividade prática; 2) terapia ocupacional como meio de inserção; e 3) terapia ocupacional como promotora de ganhos cognitivos e motores.

A primeira é evidenciada pela associação feita pelos profissionais com o termo “ocupação”. Para eles, a intervenção da terapia ocupacional acontece sempre em um contexto dinâmico e de produção, seja esta de trabalho, artesanal ou musical.

A segunda fica explícita quando os profissionais tentam explicar a finalidade da “ocupação”. É possível supor que consideram essas atividades práticas e dinâmicas realizadas pelo terapeuta ocupacional como favorecedora da abertura de novas formas de expressão e comunicação, o que configura fator primordial na aquisição de habilidades sociais para inclusão desses usuários.

A terceira demonstra uma nova forma de cuidar em terapia ocupacional, no contexto da dependência química. Os profissionais expressam em sua linguagem a importância que tem o terapeuta ocupacional no tratamento das questões motoras e cognitivas. Segundo eles, alguns usuários não se adaptam aos grupos devido à falta dessas habilidades, e o terapeuta é capaz de não só treinar essas habilidades, mas também de gerenciá-las facilitando a interação desses usuários com os demais.

É importante ressaltar, por fim, que a pesquisa não buscou julgar as ações dos terapeutas ocupacionais no serviço CAPS-ad, mas sim conhecer e estimular uma autorreflexão sobre a prática e o campo teórico desenvolvido pela profissão nesse contexto.

Evidentemente, mais estudos sobre a terapia ocupacional precisam ser efetuados. Diante disso, espera-se contribuir para melhor entendimento e valorização do terapeuta ocupacional.

Vale ressaltar, além do mais, que o trabalho não finaliza as discussões que envolvem este campo. Ao contrário, ele serve como um início de futuros estudos: como os próprios terapeutas definem a terapia ocupacional? Quais os modelos teóricos que estão sendo utilizados pelos terapeutas ocupacionais em saúde mental no Distrito Federal? Muito trabalho pela frente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRATO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS. Disponível em: < <http://www.abrato.com.br/>>. Acesso em: 17 de out. 2012.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2004.

ALMEIDA, D.T.; TREVISAN, E.R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em Saúde Mental no Brasil. **Interface. Comunicação Saúde e Educação**. 2010

ANTONIASSI, .C.; LEAL, J.A.; TEDESCO S.. Terapia ocupacional e farmacodependência: categorização e atualização das publicações nacionais. **O Mundo da Saúde São Paulo**: abr/jun 2008: 32(2):221-228

AZEVEDO, D.M; MIRANDA, F.A.N. Práticas Profissionais e Tratamento Ofertado nos CAPSad do Município de Natal-RN: com a palavra a família. **Esc Anna Nery Rev Enferm** jan-mar; 14 (1): 56-63, 2010.

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.

BARROS, D. D; GHIRARDI, M. I. G. e LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo [online]**. 2002, vol.13, n.3, pp. 95-103. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-91042002000300003&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-91042002000300003&script=sci_arttext)> Acessado em 5 de agosto de 2012.

BARROS, M.M.M.A. Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral-Ceará. Pesquisas Premiadas no XI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional . **revista ceto** - ano 12 - nº 12 - 2010 .

BRANCO, M.F.F.C; TAVARES, D;K. **As Representações Sociais do Terapeuta Ocupacional sobre a Identidade de sua Profissão**. SBS – XII Congresso Brasileiro de Sociologia. Sem ano.

BRASIL. **2º Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**. São Paulo (SP): CEBRID/ UNIFESP. Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e**

**outras Drogas/** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. - Brasília : Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde .**Portaria GM/MS n.º 816, de 30 de abril de 2002.** Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria\\_0816.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/portaria_0816.pdf)>. Acesso em 28 de Abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde . **Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em:<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em 28 de Abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS. Institui diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 201,. Seção 1, p.21082-5. 16 out. 1996

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas.** Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Portaria nº 2197/GM, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 15 de out. 2004

BRASÍLIA. **Portal do Cidadão.** Administrações Regionais – Guará – RA X. Disponível em: < <http://www.guara.df.gov.br/> > Acessado em 10 de setembro de 2012.

BERGER, P.L. & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento.** [The social construction of reality]. Trad. Floriano de Souza Fernandes. 7. ed. Petrópolis, Vozes, 1976

CANIGLIA, M. **Terapia Ocupacional – Um Enfoque Disciplinar.** Belo Horizonte: Ophicina de Arte e Prosa, 2005.

COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2011. Disponível em: < <http://www.coffito.org.br> >. Acesso em: 10 out. 2012.

DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C.**Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas.** São Paulo, Plexus, 2001. p. 19-40.

D’EI REY, G.J.F; PACINI, C.A. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: Modelos e técnicas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 269-275, mai./ago. 2006

DRUMMOND, A.F. **Fundamentos da Terapia Ocupacional.** In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 10- 17.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan/ 2008.

FRANCISCO, B.R. **Terapia Ocupacional**. 5ª Ed. Campinas, SP, Papyrus, 2008.

HAGEDORN, R. **Fundamentos da Prática em Terapia Ocupacional**. São Paulo, SP. Editora Dynamis, 2001.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14 (1). P. 165-171. 2009.

HIRDES. A ; KANTORSKI.L.P. Reabilitação psicossocial; objetivos princípios e valores. **Revista de Enferm UERJ** 2004; 12:217-21.

LOPES, R.E.; LEÃO, A. Terapeutas ocupacionais e os Centros de Convivência e Cooperativa: novas ações de saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.2, p.56-63, 2002.

MÂNGIA, E.F.; NICÁCIO, M.F. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexos, 2001. p.63-80.

MÂNGIA, E.F. Contribuições da abordagem canadense “Prática de Terapia Ocupacional Centrada no Cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a Terapia Ocupacional em Saúde Mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.13, n.3, p.15-21, 2002.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Paulo: Hucitec, EdUFSCAR, 2003.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11º ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, A.B. Terapia Ocupacional: História Crítica e Abordagens Territoriais/Comunitárias. **Vita et Sanitas**, Trindade/Go, v. 2, n . 02, 2008

OLIVEIRA, Y.C. A Clínica Terapêutica Ocupacional com Usuário de Substâncias Psicoativas: o desafio da práxis. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol.19, número 004. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Brasil p.229-233. 2006.

PRATT W, GIL KJ, BARRET, NM et al. Psychiatric rehabilitation. **London(GB): Academic Express**; 1999.

PINHO, P.H. et al. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev. Psiq. Clín** 35, supl 1; p. 82-88, 2008.

PINHO, P.H. et al. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 43(Esp 2) p. 1261-6. 2009

PINHEIRO, O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano –aproximação teórica e metodológicas**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2004.

RANGÉ, B.P; MARLATT G.A. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Rev Bras Psiquiatr**. 2008;30. p.88-95.

RIBEIRO M.B.S.; OLIVEIRA, L.R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.425-31, mar/ago 2005

ROCHA, A.C. **A Atuação da Terapia Ocupacional junto ao Paciente com Demência**. 2006. 56p. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) - Centro Universitário Claretiano, Batatais.

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

SOARES, L.B.T. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 03-09.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teórica e metodológicas**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2004

SPINK, M.J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, p.93-122. 2004.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Rio de Janeiro, 2010.

TEDESCO, A.S. A prática da terapeuta ocupacional em farmacodependência: brincando na roda de fogo. **Rev Centro Estudos Terapia Ocupacional**, São Paulo 1:50-2, 1995.

TEDESCO, A.S. Diálogos da Terapia Ocupacional e a Psicanálise: Terapia Ocupacional Psicodinâmica In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 156-161.

TEDESCO, A.S; BENETTON, J. A questão da independência e dependência sob o vértice da terapia ocupacional. In: Silveira Filho DX, Gorgulho M. Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.

THIRY-CHERQUES, H.R. Saturação em Pesquisa Qualitativa: Estimativa Empírica de Dimensionamento. **Af-Revista PMKT** 03 4:08 p.20-27, set/2009.

VAZ, L.R. Intervenção pela Abordagem Junguiana. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 139-145.

WFOT, World Federation of Occupational Therapists. **Definições de Terapia Ocupacional.** Tradução Eliza Alair Baridoti et al. São Paulo, 2002. Disponível em: <[http://www.salesianolins.br/areaacademica/materiais/posgraduacao/Livro\\_TO/DefinicoesTO.pdf](http://www.salesianolins.br/areaacademica/materiais/posgraduacao/Livro_TO/DefinicoesTO.pdf)> Acesso em: 8 de julho de 2012.

WHO/MNH/MND/96. Rehabilitation psychosocial. A consensus statement. Disponível em:<http://www.who.int/mas/mnh/mnd/psr.htm>. Acesso em: 26 de Dezembro de 2012.

**APÊNDICE****APÊNDICE 1-TCLE****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar do projeto “**Significado da terapia ocupacional no Centro de Atenção psicossocial de álcool e outras drogas-CAPSad : Na visão de outros profissionais**” de responsabilidade de Josenaide Engrácia dos Santos.

O nosso objetivo é Compreender o processo de construção dos conhecimentos e dos sentidos atribuídos ao trabalho da terapia ocupacional no CAPSad.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de uma entrevista que você deverá responder no CAPSad Guará na data combinada. A entrevista terá um tempo máximo estimado de 50 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-la. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília, Faculdade Ceilândia, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para Professora Josenaide Engrácia dos Santos pelo telefone 8137-3242

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Pesquisador Responsável  
Nome e assinatura:

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



**APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA****ROTEIRO ORIENTADOR DA ENTREVISTA**

Examinador: ..... Data da Avaliação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Entrevistado**

Nome: .....

Escolaridade: ..... Função: .....

Anos no CAPSad:.....

I- Como você percebe o trabalho da terapia ocupacional no CAPSad?

I- Como você explica ações do terapeuta ocupacional ao lidar com usuários de álcool e drogas?

II- Como você caracteriza as ações da terapia ocupacional no CAPSad?

## ANEXOS

## ANEXO 1 – PARECER DO CEP



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 269/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 225/2012 – SIGNIFICADO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - CAPS-ad: NA VISÃO DE OUTROS PROFISSIONAIS.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 10/08/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 13 de agosto de 2012.

Atenciosamente,

**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes**  
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS  
Coordenadora

AL /FEPECS/SES-DF