

AS DIMENSÕES DA HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL

The dimensions of humanization in the practice of occupational therapy in mental health

Las dimensiones de la humanización en las prácticas de la terapia ocupacional en salud mental

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar as publicações que estabelecem relação entre a Política Nacional de Humanização (PNH) e a área de Terapia Ocupacional em Saúde Mental no Brasil. Trata-se de uma pesquisa de revisão narrativa da literatura, com busca bibliográfica em bases de dados e nos sites eletrônicos de periódicos de Terapia Ocupacional no Brasil e uso de procedimentos de análise de conteúdo para tratamento dos dados. Dos 12 artigos incluídos no estudo identificou-se quatro dimensões: Pessoal, Contextual, Profissional e Legal. Constatou-se que há grande concordância destas dimensões com os direcionamentos da PNH, em especial a maior frequência de publicações relacionadas às mudanças de modelos e abordagens (dimensão profissional) em Terapia Ocupacional e da visão pessoal e social de sujeitos com transtorno mental (dimensão pessoal). Conclui-se, assim, que há forte convergência das práticas da Terapia Ocupacional em saúde mental com a PNH.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Saúde Mental; Terapia ocupacional.

Abstract

This article aims to analyze the publications which establish relationships between the National Humanization Policy (NHP) and the Occupational Therapy in Mental Health in Brazil. It is a research of narrative revision of the literature, in which a bibliographic search was carried out in databases and directly in the electronic sites of journals in Occupational Therapy in Brazil and use of content analysis procedures for data processing. Of the 12 articles included in the study four dimensions, namely: Personal, Contextual, Professional and Legal. It was understood that there is a great agreement of these dimensions with the directives of the HNP, in particular the greater frequency of publications related to the changes of models and approaches (professional dimension) in Occupational Therapy and the personal and social view of subjects with mental disorder (personal dimension). It is concluded, therefore, that there is a strong convergence of the Occupational Therapy practices in mental health with the HNP.

Keywords: Humanization of care; Mental health; Occupational therapy.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar las publicaciones que establecen relaciones entre la Política Nacional de Humanización (PNH) y el área de Terapia Ocupacional en Salud Mental en Brasil. Se trata de una investigación de revisión narrativa de la literatura, en que se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos y directamente en los sitios electrónicos de revistas de Terapia Ocupacional en Brasil y utilización de procedimientos de el Enfoque del Análisis de Contenido para el tratamiento de los datos. Entre los 12 artículos incluídos en esta investigación, cuatro dimensiones fueron identificadas: Personal, Contextual, Profesional y Legal. Se constató que hay gran concordancia de estas dimensiones con los directivos de la PNH, en especial la mayor frecuencia de publicaciones relacionadas a los cambios de modelos y enfoques (dimensión profesional) ya la búsqueda de garantía de derechos y ciudadanía (dimensión legal) en Terapia Ocupacional e la visión personal y social de sujetos con enfermedades mentales (dimensión personal). Se concluye, así, que hay una fuerte convergencia de las prácticas de la Terapia Ocupacional en Salud Mental con la PNH.

Palabras clave: Humanización de la asistencia; Salud mental; Terapia ocupacional.

Raphael Aguiar Leal Campos

Estudante do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. E estudante do curso de Filosofia da Universidade Internacional, UNINTER. Rio de Janeiro, RJ-Brasil
rph.aguiar4@gmail.com

Lucas Salgueiro Lopes

Estudante do curso de graduação em História da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, UERJ. E estudante do curso de Sociologia da Universidade Internacional, UNINTER. Rio de Janeiro, RJ-Brasil
salgueirollucas@gmail.com

Ricardo Lopes Correia

Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, RJ-Brasil
toobiis@gmail.com

Lisete Ribeiro Vaz

Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, RJ-Brasil
lisete.vaz1@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas em saúde no Brasil são marcadas por processos de reformas e transições conquistadas por diversos segmentos sociais, a fim de garantir a saúde enquanto direito social. Um destes marcos, garantido pela Constituição Federal de 1988¹, é o Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir do processo de redemocratização política vivida no país², no final dos anos 1980, define-se a saúde como direito universal e responsabilidade do Estado, tendo em 1990 a aprovação da Lei nº 8.080, conhecida como Lei Orgânica do SUS, detalhando o seu funcionamento, assim como sua organização e funcionamento de serviços³.

Nesse contexto, observou-se o avanço da mecanização das tecnologias duras do cuidado, como a medicamentosa e os aparatos diagnósticos por imagem e cirúrgicos. Esses passaram a expressar a mais notável inventividade moderna da ciência, balizando os processos de saúde-doença. Por outro lado, favoreceram a rentabilidade do setor privado da saúde, como as indústrias farmacêuticas, planos de saúde e indústrias de tecnologia hospitalar. Ainda neste contexto, as disputas profissionais por reservas de mercado e a concentração e privatização (corporativismo) de róis de procedimentos, reduziram o ser humano a receptáculo de tecnologias, a partir de uma lógica clientelista, desvelando as constantes dificuldades, entre setor público e privado, em lidar com a dimensão subjetiva do cuidado de forma institucional e legal⁴.

Neste sentido, compreendem-se as dificuldades do alcance e efetividade dos cuidados relacionais, singulares e subjetivos em Saúde propostos pelo SUS -em especial pela precarização e obstáculos encontrados na prática cotidiana de trabalhadores. Essas questões se configurarão como o quadro propulsor da Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS⁵.

1.1 A Política Nacional de Humanização (PNH)

A PNH tem por objetivo valorizar os agentes envolvidos na produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores⁵, incentivando o trabalho coletivo e a comunicação, inibindo fatores que levem à desumanização nas práticas de saúde. Torna-se assim, um processo de inclusão de todos os segmentos de pessoas na produção e gestão do cuidado. Para isso, no documento oficial da PNH⁶ são apontadas seis diretrizes que orientam o trabalho em saúde: acolhimento; gestão coletiva e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.

Explicitado o objetivo e as diretrizes, pode-se avançar em três princípios da política: transversalidade; indissociabilidade entre atenção e gestão; e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos⁵. O primeiro propõe que a PNH se faça valer em todos os âmbitos dos programas e políticas do SUS, de forma a fazer com que as diferentes especialidades conversem em favor daquele que é assistido. O segundo princípio diz respeito à interferência do modo de gestão no cuidado em saúde. Trabalhadores e usuários devem ter o conhecimento de como se dá a gestão dos serviços de saúde, posicionando-se de forma ativa na tomada de decisões. E por último, tornar reconhecida e ativa a autonomia de cada uma das pessoas presentes na produção de saúde: “Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um” (s/p)⁵.

Analisando documentos disponíveis no site do Ministério da Saúde relativos ao HumanizaSUS verificou-se que o primeiro⁷, de 2003, é a versão preliminar usada para a discussão e a proposta de implementação da política; e o segundo documento⁶, de 2004, trata da versão definitiva, sendo essa a primeira edição da PNH. Destaca-se uma diferença a respeito dos serviços de urgência e atenção especializada, que aparece somente no documento preliminar, cobrando que estes serviços sejam confortáveis, acolhedores e ofereçam privacidade aos pacientes. Esta passagem desaparece no documento definitivo.

Em síntese, os documentos são semelhantes, tendo relativo senso crítico referente aos desafios a serem superados no processo de humanização e nos desafios e objetivos do SUS que devem ser equacionados.

1.2 Aproximações entre Terapia Ocupacional no campo da saúde mental e a PNH

Conforme Barros e Jorge⁸, ao longo da história humana, os ditos “loucos” tiveram sua imagem associada à heresia, pois estes eram donos de razões contrárias às estruturas sociais vigentes e, por estarem em discordância com a ordem, viviam numa perspectiva de mendicância. O reflexo desse ponto de vista social sobre as formas de tratamento é significativo e por isso “o modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, ao longo da história da atenção à saúde mental em diversos países do mundo, imperou como a forma de tratamento predominante na assistência às pessoas com transtornos mentais” (p.14)⁸.

Tendo em vista todas as problemáticas sociais e individuais, o serviço prestado às pessoas com transtornos mentais agiu de forma contraditória e falhou ao tratá-las, pois se assemelhou muito ao sistema das instituições carcerárias, considerando o louco como um irresponsável civil⁹. A partir dos anos 1970 os casos de violência, maus-tratos, agressões e óbitos passaram a comover e mobilizar profissionais no Brasil e no exterior, ampliando as discussões sobre o modelo, os métodos e as técnicas aplicadas para o cuidado em saúde mental⁸.

O anseio por mudança de paradigma no campo da saúde mental se deu principalmente através da Reforma Psiquiátrica, a qual propôs mudanças nos campos teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural⁸. A Reforma Psiquiátrica foi formulada no bojo da Reforma Sanitária, garantida pela Lei 10.216/2001 e conquistada através dos vigorosos movimentos sociais de usuários, familiares e trabalhadores.

Desse modo, o SUS e a Reforma Psiquiátrica encontram na PNH um ponto de encontro necessário para operar, gerir e instruir o cuidado, ligando esses movimentos em suas responsabilidades éticas e reafirmando princípios da humanização nos tratamentos em saúde mental.

A Terapia Ocupacional tem fundamentado suas práticas sobre uma abordagem mais crítica e respeitosa, com a possibilidade de atuar, a partir de seu campo técnico-epistemológico, através de dispositivos da PNH, como a Gestão Participativa e cogestão dos serviços de saúde mental, a Clínica Ampliada e o Projeto Terapêutico Singular. Tais práticas rompem com a lógica do modelo biomédico e hospitalocêntrico da atenção em saúde mental, afirmando o humano enquanto centralidade do cuidado.

Já se sabe, pela história, a importância da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental no Brasil e no mundo. Essa trajetória é marcada por processos anteriores a sua constituição enquanto profissão, que perpassam desde Philippe Pinel (França) á Nise da Silveira e Dona Ivone Lara (Brasil).

As terapeutas ocupacionais, majoritariamente mulheres, foram protagonistas e pioneiras em instituições, em particular no Brasil nos finais dos anos 1950, a desenvolverem programas de atividades/ocupações com a finalidade de promover a qualidade de vida, a capacidade de realização de fazeres diversos em liberdade e as formas de significação dos sujeitos com o mundo e o seu sistema de valores, criando um campo potente e centrado no humano, enquanto dimensões de seu saber-fazer profissional em Terapia Ocupacional¹⁰.

Somado à escassez de estudos que relacionem a Terapia Ocupacional com políticas indutoras das práticas humanizadoras em saúde, como a PNH, encontra-se o pioneirismo de terapeutas ocupacionais brasileiras que, em alguma medida, sempre estiveram envolvidas com práticas humanizadoras. Por isso, torna-se indispensável a realização de estudos que objetivem aproximar o contexto de práticas terapêuticas ocupacionais à realidade e efetividade das políticas públicas, que nem sempre permeiam o cotidiano do cuidado em saúde mental.

Neste sentido, pode-se dizer que a Terapia Ocupacional, ao incorporar os princípios da PNH, também evita os "crimes da paz" (p.100)⁹ praticados em nome da ciência, da ordem e da razão, lutando contra o estigma incorporado às pessoas com transtornos mentais.

Assim, este artigo tem como objetivo analisar as publicações que estabelecem relação entre a PNH e as práticas de Terapia Ocupacional em Saúde Mental no Brasil.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão narrativa da literatura, em que foi realizada busca bibliográfica nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/PubMed). Também foram acessados diretamente os sites eletrônicos de periódicos brasileiros de Terapia Ocupacional: Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (REVISBRATO), Revista do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO) e Revista Bahiana de Terapia Ocupacional, nos meses de setembro e outubro do ano de 2017. Os dois últimos periódicos mencionados não estão mais vigentes. No entanto, considerou-se mantê-los na pesquisa por terem sido importantes meios de comunicação científica na Terapia Ocupacional.

Foi utilizada a Abordagem de Análise de Conteúdo¹² para o tratamento dos dados até a sua categorização, em unidade de análise. Para isso, a pesquisa seguiu cinco etapas:

1ª etapa – Busca nas bases de dados e site dos periódicos: foram utilizados os seguintes termos de busca, combinados pelo extrator de buscas "AND": Terapia Ocupacional, Saúde Mental, Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS e Humanização. Com eles foram realizadas as seguintes combinações: "Terapia Ocupacional" AND "Saúde Mental" AND "Política Nacional de Humanização"; "Terapia Ocupacional" AND Saúde Mental AND Política Nacional de Humanização; "Terapia Ocupacional" AND "Saúde Mental" AND "HumanizaSUS"; "Terapia Ocupacional" AND Saúde Mental AND HumanizaSUS; "Terapia Ocupacional" AND "Saúde Mental" AND "Humanização"; "Terapia Ocupacional" AND "Saúde Mental" AND Humanização; "Terapia Ocupacional" AND "Humanização"; "Terapia Ocupacional" AND Humanização.

2ª etapa – Seleção dos artigos: Foram incluídos artigos do tipo original, relato de experiência e estudo de caso; em língua portuguesa; disponíveis na íntegra; e publicados a partir do ano de 2003, correspondente ao período de criação da Política Nacional de Humanização. Já o critério de exclusão foi a duplicidade do artigo; para isso, optou-se pela inclusão do artigo disponível no portal de periódico.

3ª etapa – Identificação das Unidades de Análise: Após a inclusão dos artigos, os mesmos foram tratados a partir da Análise de Conteúdo¹². Os artigos selecionados foram lidos na íntegra. Dessa leitura foram extraídas unidades de análise (termos gerais) relacionadas à Política Nacional de Humanização.

4ª etapa – Relação entre PNH e Unidades de Análise: As unidades de análise orientaram uma nova leitura, mais profunda dos documentos orientadores (“HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS”⁶; “Caderno HumanizaSUS”¹¹; “Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS”¹³; “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”¹⁴ e “Redes de Produção de Saúde”¹⁵). A leitura possibilitou extrair as denominadas subunidades, ou seja, unidades temáticas relacionadas a enunciados-chaves da PNH implícitos nos artigos incluídos na pesquisa.

5ª etapa – Elaboração do Material para Discussão: Foi verificada a frequência com que as subunidades apareciam ao longo dos artigos. As subunidades foram então agrupadas em quatro dimensões de acordo com o sentido atribuído pelos autores. A *Dimensão Pessoal*, que engloba subunidades relacionadas ao usuário do serviço de Terapia Ocupacional em saúde mental. A *Dimensão Profissional*, que engloba subunidades relacionadas à atuação do terapeuta ocupacional. A *Dimensão Contextual*, que engloba subunidades referentes aos contextos de atuação da Terapia Ocupacional na área de saúde mental. E a *Dimensão Legal*, que contempla subunidades referentes aos direitos básicos e jurídicos do usuário de serviços de saúde mental.

Por se tratar de análise de frequência de conteúdo das subunidades (Dimensões da PHN) nos artigos incluídos na pesquisa, elegeu-se o critério de prevalência de conteúdos. Assim, as subunidades puderam ser alocadas em mais de uma dimensão, obedecendo ainda o sentido atribuído pelos autores a cada uma delas.

3 RESULTADOS

Foram encontrados, ao todo, 147 artigos nas bases de dados e sites dos periódicos de Terapia Ocupacional. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 135 artigos foram excluídos, resultando em 12 incluídos para análise, conforme apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Síntese dos artigos identificados nas bases de dados e sites dos periódicos consultados.

Bases de dados e periódicos	Artigos encontrados	Artigos excluídos	Artigos selecionados
SciELO	49	48	1
BVS	22	22	0
TO USP	40	35	5
Cadernos	9	7	2
CETO	13	11	2
REVISBRATO	10	8	2
Bahiana	4	4	0
RESULTADOS	147	135	12

A seguir, a tabela 2 apresenta a categorização dos artigos conforme título, autores, ano e periódico.

Tabela 2. Caracterização dos artigos incluídos na pesquisa.

Nº	Título	Autores	Ano	Periódico/ Base
1	A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família - evidências de um estudo de caso no município de São Paulo	Jardim TA, Afonso VC, Pires IC ¹⁶	2008	<i>Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo</i>
2	Identificação dos sintomas comportamentais e psicológicos em idosos moradores de uma Insti-	Canon MBF, Novelli MMPC ¹⁷	2012	Idem.
3	Itinerários terapêuticos e novos	Mângia EF, Yasutaki PM ¹⁸	2008	Idem.
4	"Pensando o Habitar" Trajetórias de usuários de Serviços Re-	Mângia EF, Ricci EC ¹⁹	2011	Idem.
5	Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades	Bertagnoni L, Marques ALM, Muramoto MT, Mângia EF ²⁰	2012	Idem.
6	Relato de experiência de aprimorandas do programa de Terapia Ocupacional em Saúde Mental numa enfermaria de pediatria	Ribeiro MBS, Bernal M, Zaponi EPG ²¹	2008	<i>Cadernos de Terapia Ocupacional da UFS-Car</i>
7	Construindo a participação social junto a usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Detomini VC, Bellenzani R ²²	2015	Idem.
8	A interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: Um convite feito há mais de 10 anos	Gomes MGJPB ²³	2010	<i>Revista do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional—CETO</i>
9	Onde habitar é possível	Arrigoni R ²⁴	2013	Idem.
10	Saúde e redes vivas de cuidado integral na atenção básica: articulando ações estratégicas no território	Ferreira TPS, Costa CT ²⁵	2017	<i>Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional—RevisbraTO</i>
11	Afetos, sabores e trilhas: a oficina de culinária como operador clínico da desinstitucionalização	Costa VC, Souza NP, Pinheiro DM, Vaz LR, Mecca RC, Alves SG ²⁶	2017	Idem.
12	Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território	Tzesnioski LC, Nóbrega KBG, Lima MLLT, Falcundes VLD ²⁷	2015	<i>Ciência & Saúde Coletiva (SciELO)</i>

Nos artigos incluídos nesta pesquisa, verificaram-se a frequência de termos consoantes as dimensões da PNH, transformadas em unidades de análise, conforme apresentadas na figura 1.

Das quatro dimensões relacionadas à PNH identificou-se que a *Dimensão Profissional* foi a mais frequente nos artigos incluídos nesta pesquisa (citada 19 vezes). Seguido pela *Dimensão Pessoal* (citada 15 vezes), depois pela *Dimensão Contextual* (12 vezes) e por último a *Dimensão Legal* (11 vezes). E dentre as subunidades, a Conduta Profissional e a Superação do Modelo Biomédico foram mencionadas 7 vezes, seguidas pelas Redes Sociais, mencionadas 5 vezes. O Hospital foi o contexto de atuação mais frequente, tendo sido mencionado 3 vezes.

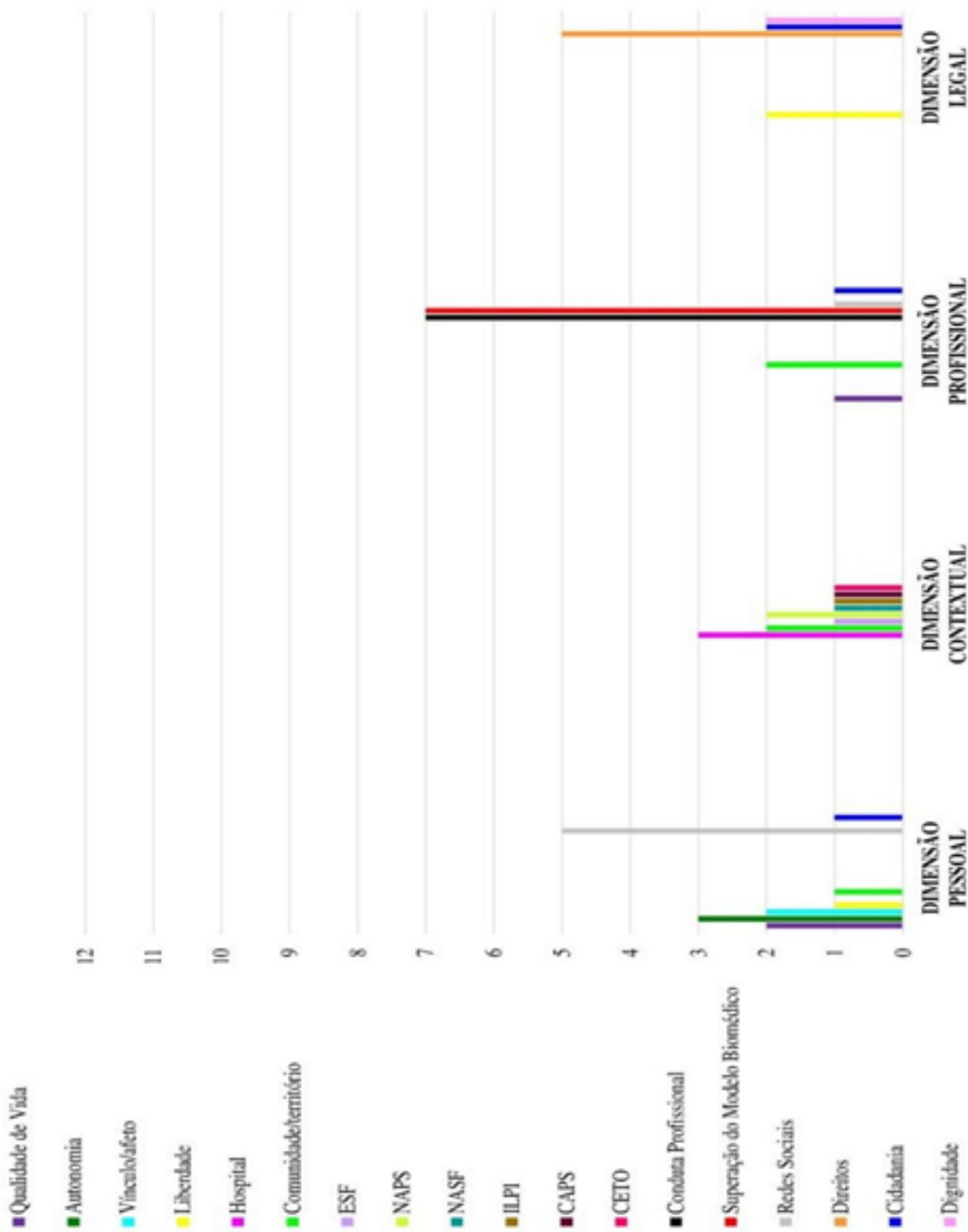
4 DISCUSSÃO

Um dos aspectos sobre a humanização, encontrado nos artigos incluídos nesta pesquisa, é a sua compreensão como *qualidade de vida*^{18,21}. O sentido tomado está diretamente relacionado com a elaboração de projetos terapêuticos singulares, tendo como objetivo orientar a promoção da participação dos sujeitos e a incorporação destes ao sistema de valores e crenças da comunidade. A qualidade de vida associa-se também a plena realização das atividades humanas²¹, ou seja, a promoção de ações para que as pessoas sejam incluídas em um cotidiano adequado e organizado.

A qualidade de vida do usuário é contemplada pela PNH como um dos fatores fundamentais para a efetivação da Clínica Ampliada¹⁴. O nome pode ser autoexplicativo se compreendido enquanto um compromisso ético de profissionais em se responsabilizarem por questões clínicas subjetivas e determinantes (sociais, econômicos, culturais, etc.) que também influenciam no processo de sofrimento e adoecimento psíquico. A "ampliação da clínica" – ou a "ampliação do olhar clínico", faz-se como uma atitude de investigação dentro dos diversos campos do saber que estudam o ser humano, tendo como objetivo principal favorecer que o sujeito viva melhor¹⁴. A Clínica Ampliada é um esforço para minimizar a acentuação da lógica biomédica e das ciências naturais que dominaram o campo da saúde e da saúde mental ao longo de sua história.

Já sobre a *autonomia*, foi possível compreendê-la enquanto direcionamento do cuidado que determina não somente o cuidado clínico, mas também a emancipação e a promoção do poder contratual do cliente nos diferentes cenários da vida cotidiana²⁶. Neste sentido, a proposta de autonomia possui concordância com os princípios da Clínica Ampliada¹⁴, no que diz respeito ao caminho contrário à tutela e à ausência de racionalidade do sujeito em sofrimento. A autonomia, portanto, "(...) designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo" (p.54)¹³, como afirma a própria PNH – tendo, nesta definição, um de seus valores principais. Este sentido é muitas vezes corroborado e posto como foco da promoção da saúde mental nos mais diversos contextos, seguindo estratégias como, por exemplo, a gestão autônoma da medicação, enquanto atividade de autocuidado¹¹.

Figura 1. Frequência dos termos relacionados à Política Nacional de Humanização nos artigos de Terapia Ocupacional em saúde mental.



O sentido dado a *vínculo e afeto* enquanto princípios da humanização, foram associados ao papel de mãe nos artigos^{16,17}, sob a perspectiva psicanalítica, devido ao manejo do cuidado atribuído à maternagem. Para as autoras^{16,17}, o envolvimento afetivo serve também como instrumento facilitador no atendimento aos usuários.

Vínculo, por definição da PNH, significa o “processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre cliente e terapeuta, usuário e trabalhador, numa convivência de ajuda e respeito mútuos” (p.70)¹³.

Como já admitido, “a construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde” (p.23)¹⁷. Seu significado metafórico no “papel de mãe” possui seu valor maior quando analisado junto à PNH e utilizado enquanto recurso terapêutico ocupacional sob uma perspectiva psicanalítica, já que tanto profissionais quanto usuários transferem conteúdos psíquicos e afetos. Se guiados de maneira adequada os vínculos afetivos podem servir como atores principais da atenção em saúde mental.

Ao tratar sobre a importância da *liberdade de escolha e/ou posicionamento* para a humanização, os artigos^{23,24} fundamentaram-se na garantia de direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e na promoção de seu poder contratual em todas as relações da vida²⁶.

O poder contratual está diretamente ligado à definição da palavra “cliente”, que foi substituída pelo termo “usuário” na PNH, e indica a capacidade de ponderar sobre a condução de seu próprio processo terapêutico¹³.

O sentido dado à liberdade de se colocar perante os eventos do mundo – e, portanto, do serviço – ocorre no mesmo sentido dado à autonomia, pois um não existe sem o outro: o indivíduo só pode ser considerado um indivíduo autônomo na medida em que lhe é dada a possibilidade de conduzir sua própria vida da melhor forma possível na relação com o outro. Assim, a liberdade é um pressuposto fundamental apontado nos artigos incluídos nesta pesquisa, a respeito das práticas de terapêuticas ocupacionais em saúde mental.

Dentre os contextos *hospitalares* de atuação, encontraram-se nos estudos incluídos nesta pesquisa um hospital geral²³, uma enfermaria de pediatria²¹ e o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil/Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ)²⁶.

A PNH, em sua versão preliminar, possui um tópico específico para a Atenção Hospitalar que prevê, entre outros, a:

Garantia de visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante (...) Mecanismos de acolhimento e escuta para a população e os trabalhadores (...) Existência de mecanismos de desospitalização, visando a alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares. (p.15)⁷.

Outros contextos encontrados nos estudos analisados foram: a *comunidade e o território* – sendo o território agregado a esta categoria por ter seu sentido empregado enquanto sinônimo de comunidade –, e suas definições variaram entre: o local onde as situações são vivenciadas²⁵ e o espaço como ferramenta de inclusão do sujeito²⁷. Na discussão da PNH, a comunidade é o alvo dos projetos terapêuticos e, de uma forma geral, dos projetos de saúde, além de ser o espaço de estabelecimento de laços e de redes sociais e de saúde para a efetivação das políticas públicas¹⁵.

O território pode ter também um sentido mais amplo, e diz respeito a: todo o território brasileiro, considerando sua diversidade cultural e suas desigualdades; aos territórios de poder, ou seja, ao não estabelecimento de fronteiras hierárquicas entre os saberes e conseqüentemente, entre as profissões; e à subjetividade, que compreende todo o território existencial do sujeito¹⁵. Considera-se, então, a perspectiva comunitária e territorial enquanto superação do isolamento geográfico que, como dito, por muito tempo separou simbólica e fisicamente as pessoas com transtornos mentais da vida social, dando lugar às práticas exclusivamente biomédicas e reducionistas que sustentavam formas degradantes de tratamento.

Sobre a atuação na Atenção Básica em Saúde, a partir de seus dispositivos – *Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)*, por sua vez, demonstram, nos artigos incluídos nesta pesquisa^{16,18,19,20}, um direcionamento mais atento aos processos de cuidado territorial, como, por exemplo, o de promover a busca ativa na comunidade, criar vínculos, discutir os casos, realizar matriciamento e desenvolver ações e projetos terapêuticos na comunidade. Dentre outras ações de corresponsabilização do cuidado encontradas nos artigos, foram identificadas: o compartilhamento de novos conhecimentos, o desenvolvimento de atividades de formação e a realização de atendimentos interprofissionais.

Nas diretrizes específicas da PNH voltadas para a Atenção Básica em Saúde estão previstas: a elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos, incentivo às práticas de promoção de saúde, estabelecimento de um acolhimento inclusivo do usuário que promova a otimização do serviço e o comprometimento com o trabalho em equipe⁷.

No exercício da Clínica Ampliada, a produção de vínculos orientados por projetos terapêuticos se dá pela implementação de sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores, promoção de atividades de valorização aos trabalhadores da saúde, etc¹⁴. “[A Atenção Básica em Saúde] além de atender a essas demandas das pessoas/coletivos de um dado território, deve ainda coordenar as ações de cuidado (...)” (p.35)¹⁵, ou seja, ela se propõe a operacionalizar diretamente a união entre os pontos de atenção em saúde e os campos político-participativos conforme a dinâmica social, promovendo a inovação das práticas clínicas e o apoio direto à comunidade.

Sobre a *Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)* – e isso abrange a Atenção Especializada, mesmo que não como serviço da rede de atenção psicossocial e, sim, da assistência social – identificou-se que seu objetivo era a prestação de um cuidado específico para uma determinada população em sofrimento psíquico, a fim de acompanhar os idosos a partir de suas particularidades de demanda em saúde mental¹⁴.

Quanto ao *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*²², entende-se que a Atenção Especializada também possui diretrizes determinadas pela PNH, a partir de eixos como: agir em função da análise de risco e das necessidades do usuário, estabelecer critérios de acesso, otimizar o atendimento ao usuário através de ações diagnósticas e terapêuticas que impliquem diversos saberes, definir protocolos clínicos e prevenir intervenções desnecessárias respeitando as diferenças e as necessidades de cada um⁷. As estratégias de Atenção Especializada demarcam uma área de atuação própria de cada serviço e, portanto, minimizam intervenções generalistas que produzem mais sofrimento, o que se aproxima dos objetivos do CAPS.

Dentre os diversos sentidos de humanização no aprimoramento da *conduta profissional*, compreenderam-se alguns aspectos nos artigos incluídos nesta pesquisa, como o cuidado voltado para a comunidade e as estratégias da Atenção Básica em Saúde, conforme visto nos estudos incluídos nesta pesquisa^{16,20}.

A integralidade do cuidado e a participação dos sujeitos dentro do sistema de valores e as crenças comunitárias foram utilizadas como uma trama para o raciocínio de terapeutas ocupacionais para utilizar o espaço territorial, a fim de fomentar a participação social^{18,22}. A qualidade e a eficácia da atenção, bem como o trabalho interdisciplinar também são reiterados na maioria dos estudos incluídos^{16,18,19,20,22,23,25,26,27}. Ou seja, os objetivos do terapeuta ocupacional seriam basicamente: a ampliação do campo relacional dos clientes-usuários e a apropriação dos procedimentos de tratamento e a valorização da vida dos sujeitos dentro do exercício pleno de sua cidadania em suas redes sociais de suporte.

Para a PNH, “humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (p.6)⁷. Deve-se estabelecer uma nova conexão que determine a conduta profissional e não ignore a condição humana no sentido de evitar a conexão profissional-adoecimento/profissional-sofrimento; prioriza-se uma conexão profissional-usuário que se comunique também com as ramificações sociais que os atravessam e todos os demais fatores que influenciam as suas vidas.

O processo de humanização como *superação do modelo biomédico* de cuidado está baseado na descentralização da patologia/doença e da hospitalização, promovendo o avanço da melhoria das condições de tratamento, a partir da criação de redes de serviços de saúde mental comunitários, como destacados nas práticas de terapeutas ocupacionais nos estudos incluídos nesta pesquisa^{17,18,19,20,21,23,26}.

A desinstitucionalização e a inclusão na comunidade são construtos e objetivos afirmados enquanto orientações diretas à PNH. O tratamento deve estar centrado no sujeito e não na doença e nos sintomas, através de medidas que substituam “gradativamente o regime fechado para serviços abertos” (p.304)²⁶. Esta superação admite uma postura que, em última análise, visa à ampliação das relações afetivas de cuidado ao cliente²¹.

O conceito de *redes sociais* nos estudos desta pesquisa^{16,18,19,20,22,27}, referiu-se à participação dos sujeitos nas comunidades, bem como sua inclusão e reinserção social. As redes sociais foram também relacionadas ao exercício pleno da cidadania, além de serem utilizadas como uma possível ferramenta no cuidado humanizado.

Cada cliente possui uma história de vida particular, mas “estamos todos vivendo em extensas e complexas teias de relações sociais que se encontram em constante movimento” (p.23)¹⁵. Isto não pode ser ignorado no processo de cuidado em saúde mental. A PNH amplia o debate sobre redes sociais e propõe a atuação para além dos limites da máquina do Estado, encontrando-se com os coletivos e com as redes sociais cotidianas formais e informais¹³. Essas possuem uma grande área de abrangência, e atuam tanto como ferramenta do cuidado, quanto fator influente no processo de sofrimento, ou como objeto de implementação de projetos e políticas. Isso revela sua importância em todos os aspectos da promoção de saúde.

O âmbito dos *direitos* foi discutido enquanto um dos valores das políticas públicas de Saúde Mental no SUS²², representando a liberdade, a reinserção social, a garantia e a conquista da cidadania durante os processos de cuidado desenvolvidos por terapeutas ocupacionais^{22,24,25,26,27}.

Os *Direitos Humanos* também são tratados nos artigos^{25,27}, sendo abordados como um dos fatores relacionados ao processo saúde-doença. Em outras palavras: “(...) direitos humanos, aqueles ditos básicos para a dignidade, como moradia, alimentação, saneamento básico são fundamentais para a constituição da cidadania e da saúde mental das pessoas” (p.277)²⁵ e, portanto, também influenciam a intervenção e o bem-estar dos sujeitos com ou sem transtorno mental.

Enquanto cidadão e cidadã de direitos, a pessoa com transtorno mental deve ter acesso ao melhor tratamento que garanta a liberdade, o respeito a diferença e a dignidade; que são assegurados pela Constituição Federal e pelas leis que regulamentam o processo de trabalho em saúde mental^{24,26}, porém nem sempre operados na prática.

A PNH é direta em afirmar como uma de suas diretrizes a defesa dos direitos dos usuários¹³. Além disso, o compromisso com a cidadania é uma de suas orientações gerais¹³. A efetivação do cuidado depende da garantia dos direitos de todo cidadão e cidadã ao serviço de saúde humanizado e de qualidade. Os direitos asseguram que sujeitos sejam reconhecidos/as enquanto seres humanos integrados à comunidade.

A *cidadania* também foi compreendida nos estudos incluídos nesta pesquisa^{21,22,25,26} enquanto valorização da vida em seus mais diversos contextos. A cidadania é tratada nos estudos como um fator positivo do processo de produção de saúde, participando na (re) construção da Atenção Psicossocial, sendo saúde e cidadania aspectos indissociáveis da humanização do cuidado. A subunidade cidadania é articulada intrinsecamente aos Direitos Humanos²⁵ e aos valores das políticas públicas de Saúde Mental no SUS²².

A cidadania em todos os segmentos sociais é prevista na PNH juntamente aos direitos como uma de suas orientações gerais, como descrito anteriormente²¹. A construção da cidadania nesta clínica ampliada visa "(...)ultrapassar os portões e os paradigmas manicomial e, assim, possibilitar espaços potenciais para a produção de subjetividade e cidadania" (p.508)¹¹.

Por fim, foi atribuído à *dignidade* o valor de reconhecimento dos direitos civis, humanos e sociais do usuário perante a Constituição Federal e outras legislações²⁴. Bem como a associação entre saúde e cidadania/direitos e dignidade, sendo esses indissociáveis nas situações vivenciadas na comunidade²⁵.

As práticas de terapeutas ocupacionais na área de saúde mental – conforme os artigos incluídos nesta pesquisa – demonstram que suas ações estão alinhadas e balizadas pela PNH, pois o conjunto de suas dimensões informadas sobre a relação com os clientes/usuários, os modelos gerais e profissionais, o contexto e as legislações "(...) representa uma aproximação corpórea de resistência, de jeitos de fazer, de horizontes a alcançar, de olhares para a diversidade da vida, para a liberdade e dignidade do homem em um Estado Democrático de Direito" (p.381)¹¹.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de revisão narrativa revelou grande concordância entre os direcionamentos da PNH e a atuação de terapeutas ocupacionais na área de saúde mental. Teoria e prática se fazem consoantes, visto que as subunidades estão presentes nos documentos-base.

Essa pesquisa também revelou maior frequência de enunciados (subunidades) nos artigos relacionados às Dimensões Profissional e Pessoal, conferindo a estas significativa importância no exercício da humanização no campo da Terapia Ocupacional em saúde mental. Pode-se entender que esses resultados tenham ocorrido por uma necessidade histórica em que a questão dos Direitos Humanos surge como responsabilidade compartilhada entre sociedade e Estado.

Neste sentido, a confluência entre a Política Nacional de Humanização e a Terapia Ocupacional mostra, a partir desta pesquisa, dimensões instituintes de práticas que validam concepções de saúde que apontam para a produção de vida das pessoas com transtornos mentais, com plenitude da cidadania, do direito à saúde e com base no cuidado humanizado e integral.

Desta forma, compreende-se, por este estudo, que terapeutas ocupacionais estão alinhados e sensíveis à produção do cuidado humanizado em saúde mental, diretamente relacionada à PNH.

Enquanto hipótese, pode-se afirmar que independentemente da PNH a humanização, ou as práticas sustentadas na dignidade e liberdade humana, constituem os fundamentos da Terapia Ocupacional. Desta forma, é possível dizer que, pelos estudos incluídos nesta pesquisa, terapeutas ocupacionais envolvidas/os na área de saúde mental se preocupam com as questões profissionais, no sentido de mudanças de paradigmas, modelos e abordagens que sejam coerentes com a PNH, superando os modelos e as políticas hegemônicas da tecnificação do cuidado e da lógica manicomial.

Referências

1. Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em: 15 de nov; 2017.
2. Portal da Saúde. **Do sanitarismo à municipalização**. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acessado em: 01 de mar; 2018.
3. Brasil. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acessado em: 15 de nov; 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Carta de Mobilização - SUS 20 anos – A Saúde do tamanho do Brasil**. Ministério da Saúde. Brasília; 2008.
5. Portal da Saúde. **Sobre o programa**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/sobre-o-programa>. Acessado em: 01 de mar; 2018.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde. Brasília; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf Acessado em: 15 nov. 2017.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Brasília; 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf> Acessado em: 15 nov. 2017.
8. Barros MMM; Jorge MSB. **Concepções e práticas de atenção à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo**. 1 ed. Ceará. Editora da Universidade Estadual do Ceará; 2011.
9. Amarante P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ; 2011.
10. Oliveira FNG; Dutra MP; Hein RCB; Machado VB. **Modelos e experiências de uma rede de atenção em saúde mental**. 1. ed. Curitiba. Editora CRV; 2015.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderno HumanizaSUS: volume 5 Saúde Mental**. 1. ed. Brasília. Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf Acessado em: 15 nov. 2017.
12. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Edições 70, Lisboa, 2016.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Gestores e Trabalhadores**. 4. ed. Ministério da Saúde. Brasília; 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acessado em: 15 nov. 2017.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Ministério da Saúde. Brasília; 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf Acessado em: 15 nov. 2017.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização da Atenção da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de Produção de Saúde**. 1. ed. Ministério da Saúde. Brasília; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf Acessado em: 15 nov. 2017.
16. Jardim TA; Afonso VC; Pires IC. **A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2008; 19(3): 167-175. DOI <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i3p167-175>:
17. Canon MBF; Noveli MMPC. **Identificação dos sintomas comportamentais e psicológicos em idosos moradores de uma Instituição de longa Permanência**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2012; 13(1): 72-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i1p72-80>
18. Mângia EF; Yasutaki PM. **Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2008; 19(1): 61-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i1p61-71>
19. Mângia EF; Cacci EC. **“Pensando o Habitar” Trajetórias de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2011; 22(2): 182-290. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p182-190>
20. Bertagnoni L; Marques ALM; Muramoto MT; Mângia EF. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2012; 23(2): 153-162. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v23i2p153-162>
21. Ribeiro MBS; Bernal M; Zaponi EPG. **Relato de experiência de aprimorandos do programa de Terapia Ocupacional em Saúde Mental numa enfermaria de pediatria**. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2008; 16(2): 113-121. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/125> Acessado em: 08 mai. 2018.
22. Detomini VC; Bellenzani R. **Construindo a participação social junto a usuários de um grupo de apoio: desafios para a qualificação da atenção em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2015; 23(3): 661-672. DOI: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0578>

23. Gomes MGJPB. **A interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: um convite feito há mais de 10 anos.** Rev. CETO. 2010; 12(12): 21-26. Disponível em: <http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-04.pdf> Acessado em: 08 mai. 2018.
24. Arrigoni R. **Onde habitar é possível.** Rev. CETO. 2013; 13(13): **67-73**. Disponível em: <http://www.ceto.pro.br/revistas/13/09-arrigoni.pdf> Acessado em: 08 mai. 2018.
25. Ferreira TPS; Costa CT. **Saúde e redes vivas de cuidado integral na atenção básica: articulando ações estratégicas no território.** Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 2017; 1(3): 269-281. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4750> Acessado em: 08 mai. 2018.
26. Costa VC; Souza LP; Pinheiro DM; Vaz LR; Mecca RC; Alves SG. **Afetos, sabores e trilhas: a oficina de culinária como operador clínico da desinstitucionalização.** Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 2017; 1(3): 300-317. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/9676> Acessado em: 08 mai. 2018.
27. Tszesnioski LC; Nóbrega KBG, Lima MLLT; Facundes VLD. **Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território.** Rev. Ciência & Saúde Col. 2015; 20(2): 363-370. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05082014>

Contribuição dos autores e autora: **Raphael Aguiar Leal Campos** foi responsável pela idealização do estudo, sua concepção e revisão. **Lucas Salgueiro Lopes** foi responsável pela concepção, revisão e ajustes. **Ricardo Lopes Correia** e **Lisete Ribeiro Vaz** foram responsáveis pela orientação e revisão do estudo.

Submetido em: 09/05/2018

Aceito em: 11/09/2018

Publicado em: 31/01/2019