



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Curso de Terapia Ocupacional

**POSSIBILIDADES DA TERAPIA OCUPACIONAL
NO CUIDADO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA**

Jéssika Kaory Germínio Kawashima

Brasília
2013

JÉSSIKA KAORY GERMÍNIO KAWASHIMA

**POSSIBILIDADES DA TERAPIA OCUPACIONAL
NO CUIDADO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção
do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof^ª. MS. Maria de Nazareth
Rodrigues M. de Oliveira Silva

Brasília

2013

Kawashima, Jéssika Kaory Germínio.

Possibilidades da Terapia Ocupacional no cuidado às primeiras crises do tipo psicótica. Jéssika Kaory Germínio Kawashima. – Brasília: Universidade de Brasília, 2013. 65f.

Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2013.

Orientador: Prof^ª. Ms. Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira Silva.

1. Terapia Ocupacional, 2. Primeiras Crises do Tipo Psicóticas, 3. Intervenção

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.

Assinatura:

Data:

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Curso de Terapia Ocupacional

JÉSSIKA KAORY GERMÍNIO KAWASHIMA

**POSSIBILIDADES DA TERAPIA OCUPACIONAL
NO CUIDADO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Prof^a. MS. Maria de Nazareth Rodrigues M. de Oliveira Silva.

Banca Examinadora:

Prof^a. MS. Maria de Nazareth Rodrigues M. de Oliveira Silva – Orientadora
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Prof^a. MS. Raquel de Paiva Mano
Psicóloga Clínica – Membro do GIPSI – UnB/IP

Rafaela Maria Alves Martins Fonseca
Terapeuta Ocupacional – Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Brasília, 16 de dezembro de 2013.

Aos meus pais, Socorro e Ernesto, que representam tudo o que sou e que, com todo esforço possível, tornaram realidade a finalização de mais esta etapa.

À minha família, minha grande inspiração e referencial, exemplo de fé, amor e perseverança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, criador da vida, meu Senhor e Salvador, por ter me presenteado com esta oportunidade. Antes mesmo de nascer, Ele já me conhecia. Concedeu-me a vida, capacitou-me e permitiu que eu chegasse até aqui. Te agradeço, Meu Senhor e Meu Pai!

A presente pesquisa é a representação de mais uma etapa finalizada. São os primeiros frutos colhidos de todo esforço e dedicação de uma vida sacrificada, mas que sempre tinha como objetivos promover o melhor aos seus filhos. Assim, agradeço aos meus pais, Ernesto Yuwao e Socorro, por todo amor, apoio, compreensão, ensino e base que serviram como pilares para que eu chegasse até aqui. Vocês me fizeram tudo o que sou hoje!

Aos meus irmãos, Midory, Júnior e Takashi, por cada um ao seu modo e singularidade; pelo companheirismo e amizade.

A toda minha família – o que tenho de mais precioso na vida; aos meus avós, às minhas tias, ao meu tio, primos e primas por todo apoio, pela torcida, pelo amor e orgulho e também pela compreensão de alguns momentos de ausência.

Àquela que mais torceu e esperou por este momento e que, infelizmente, não será possível sua presença no compartilhar de tamanha alegria: Márcia Setskuo Kawashima (*in memoriam*), minha querida tia, por sempre ter me visto como uma eterna menina, talentosa e capaz de alcançar os mais altos objetivos.

Ao meu querido namorado, Elizeu Frazão, por todo o apoio durante a Graduação; pela amizade, compreensão e amor.

Aos meus queridos amigos de *Marcos*, por toda amizade e companheirismo construídos com base no amor, na sinceridade, na compreensão e na cumplicidade ensinados por Jesus Cristo.

Aos queridos amigos de toda a Graduação da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília (UnB/FCE), pelo companheirismo e compartilhamento de experiências, risadas, choros, angústias e ansiedades, às quais favoreceram o passar do período acadêmico.

Às minhas amigas de toda a vida, pelas palavras de incentivo. Sem elas seria bem mais difícil.

A professora orientadora, Nazareth Malcher, por toda paciência, dicas, horas acordadas e, principalmente, por fazer-me enxergar a Terapia Ocupacional de maneira mais abrangente.

Obrigada!

RESUMO

KAWASHIMA, J. K. G. **Possibilidades da Terapia Ocupacional no Cuidado às Primeiras Crises do Tipo Psicótica**. 2013. 65f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade Ceilândia. Brasília, 2013.

O presente estudo teve por objetivo investigar as possibilidades de intervenções da Terapia Ocupacional com sujeitos que vivenciam as primeiras crises do tipo psicóticas. Tais sujeitos trazem consequências múltiplas e complexas em suas dinâmicas relacionais e em seu cotidiano. Sabe-se que as intervenções precoces nas crises psicóticas tem papel fundamental, pois permitem reduzir a morbidade em longo prazo, trazendo melhorias advindas do processo de recuperação. Do contrário, os sujeitos não tratados podem experimentar significativas deteriorações biológicas, sociais e psicológicas nas fases iniciais de suas psicoses. As primeiras crises do tipo psicóticas afetam aspectos do desempenho de atividades, alterando a rotina, o cotidiano e os papéis sociais dos sujeitos. Como procedimento metodológico, fez-se uso de estudo de caso por meio de descrição clínica das primeiras crises do tipo psicóticas com as possíveis intervenções/contribuições da Terapia Ocupacional realizada no Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI). A partir de análise documental dos arquivos do referido Grupo, foi possível observar que as intervenções da Terapia Ocupacional na clínica analisada mostraram-se importantes e essenciais. Para tanto, concluiu-se que as reflexões sobre a atuação profissional do terapeuta ocupacional nesta clínica eram necessárias, uma vez que tal ação proporciona a geração de novos estudos junto à clínica da saúde mental em relação à intervenção precoce com usuários em sofrimento psíquico grave.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Primeiras crises do tipo psicótica. Possíveis intervenções.

ABSTRACT

KAWASHIMA, J. K. G. **Possibilities of Occupational Therapy in the First Care Crisis Psychotic type.** 2013. 65f . Monograph (Undergraduate) – Universidade de Brasília , Graduation in Occupational Therapy- Faculdade de Ceilândia (Ceilândia College) . Brasilia , 2013.

The present study aimed to investigate the possibilities of Occupational Therapy interventions with individuals who experience psychotic crises of the first kind. These individuals bring multiple and complex consequences in their relational dynamics and in their routine lives. We know that early intervention in psychotic crises plays a key role as they allow to reduce long-term morbidity, bringing improvements arising from the recovery process. Otherwise, untreated subjects may experience meaningful biological, psychological and social deterioration in the early stages of their psychoses. The first crisis of the psychotic type affect performance aspects of activities, changing the routine, daily life and social roles of the individuals. As a methodological procedure, it has made a use of a case studied a using clinical description of the first crises of the psychotic type with possible interventions/Occupational Therapy contributions made by the GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (Group for Early Intervention in Psychosis) . From the document review of files of that group, it was observed that the activities of Occupational Therapy at the clinic examined proved to be important and essential. For both, it was concluded that the reflection on the professional performance of the Occupational Therapist in this clinic were necessary, since such action provides the next generation of new clinical studies of mental health in relation to early intervention with users in severe psychological distress.

Keywords: Occupational Therapy. Crises of the first psychotic type. Possible interventions.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Categorias para pesquisa documental.....	37
Figura 2 –	Abordagens teóricas do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica - GIPSI.....	41
Figura 3 –	Evolução do significado do termo “do tipo psicótico”.....	42
Figura 4 –	Abordagem da Terapia Ocupacional nos documentos do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI.....	46
Figura 5 –	Abordagem da clínica da Terapia Ocupacional.....	47
Figura 6 –	Subdivisão dos processos de Desempenho Ocupacional.....	50
Figura 7 –	Aspectos relevantes em comum nos documentos analisados.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	-	Atividades de Vida Diária
CAEP	-	Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos
CAPS	-	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
COFFITO	-	Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
COPM	-	<i>Canadian Occupational Performance Measure</i>
EPG	-	Exame Psíquico Global
EPI	-	Entrevista Psicodiagnóstica Individual
FCE	-	Faculdade de Ceilândia
GIPSI	-	Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica
IH	-	Instituto de Ciências Humanas
IP	-	Instituto de Psicologia
Nº.	-	Número
PEP	-	Programa de Pesquisa e Atendimento ao Primeiro Episódio Psicótico
UnB	-	Universidade de Brasília
UNIFESP	-	Universidade Federal de São Paulo
WFOT	-	Fundação Mundial dos Terapeutas Ocupacionais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	111
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 ASPECTOS SIGNIFICATIVOS DA TERAPIA OCUPACIONAL	14
2.1.1 <i>Contextualização histórica.....</i>	14
2.1.2 <i>Instrumento e objeto da Terapia Ocupacional</i>	16
2.1.3 <i>A prática da Terapia Ocupacional na saúde mental</i>	18
2.2 CONTEXTUALIZANDO ASPECTOS DA CRISE	20
2.3 O CUIDADO NA COMPLEXIDADE DAS PRIMEIRAS CRISES	27
3 METODOLOGIA	33
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2 LOCAL DE PESQUISA	34
3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	35
3.4 ANÁLISE DE DADOS	35
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	36
4 RESSULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1 NARRANDO O GIPSI E A CLÍNICA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	40
4.1.1 <i>Abordagens teóricas no cotidiano do GIPSI.....</i>	40
4.1.2 <i>O conceito de primeiras crises abordado.....</i>	44
4.1.3 <i>A utilização da abordagem clínica das primeiras</i> <i>crises.....</i>	403
4.2 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO GIPSI.....	455
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	61
ANEXO A – ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	62
ANEXO B – MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL.....	63

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve por objetivo discutir sobre as possibilidades da Terapia Ocupacional dentro do contexto de clínica e pesquisa do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI), no cuidado às primeiras crises, conforme a adoção do princípio de intervenção precoce. Neste sentido, buscou-se responder à hipótese de pesquisa relacionando a importância da atuação do terapeuta ocupacional no cuidado aos sujeitos que vivenciam as primeiras crises do tipo psicótica.

A vivência de uma crise psíquica causa sofrimento ao sujeito, alterando aspectos de seu cotidiano e comprometendo aspectos funcionais de sua vida. As intervenções precoces nas crises permitem uma redução dos referidos comprometimentos, evitando morbidades e progressão de qualquer tipo de sofrimento (MCGORRY; EDWARDS, 2002).

Entende-se por crise episódios que ocorrem na vida do sujeito e que trazem como consequências ameaçar e atacar o controle e a segurança da pessoa (COSTA, 2006). Portanto, a condição de crise é uma situação correspondente a um aspecto existencial na vida prática, não sendo apenas um aspecto orgânico (DELL'ACQUA; MEZZINA *apud* DELGADO, 1991).

A complexidade das crises requer uma intervenção feita pela equipe interdisciplinar, com base em olhares e intervenções distintas. Neste sentido, o GIPSI é um grupo que atende sujeitos que vivenciam a crise psicótica, funcionando no Instituto de Psicologia, coordenado pelo professor Dr. Ileno Izídio da Costa na Universidade de Brasília (UnB), tendo como atuação a intervenção precoce nas primeiras crises pela lógica da equipe interdisciplinar, a partir de atividades de clínica e pesquisa.

O crescimento ao longo do curso de Graduação, as leituras e disciplinas cursadas sobre a clínica da saúde mental influenciaram a escolha pessoal da temática aqui apresentada. E ainda, a participação atualmente através do projeto de pesquisa e extensão, no GIPSI, através do subprojeto *Cuidando de sujeitos em primeiras crises do tipo psicótica pela lógica das redes sociais e do cotidiano*, desenvolvido pela professora Nazareth Malcher, tornou-se um aspecto de bastante relevância para a escolha do tema.

A intervenção da clínica da Terapia Ocupacional junto aos sujeitos em crise tem por base o modelo psicossocial, ao qual é adotado pelo GIPSI, e que, para Lussi *et al.* (2006), a reabilitação psicossocial tem como objetivo promover as habilidades do sujeito,

reduzindo danos e sequelas deixados pela experiência do transtorno mental, no qual é feito através da reinserção do sujeito na sociedade.

Conforme o norte efetivado, o presente estudo visou acarretar outros estudos acerca da questão da intervenção precoce nas primeiras crises psicóticas, como uma intervenção inovadora em saúde mental, podendo servir de reflexão para a importância da ação do terapeuta ocupacional como um profissional sobre este campo, possibilitando estudos inovadores na clínica da Terapia Ocupacional na saúde mental.

Os itens existentes no referencial teórico e momentos subsequentes foram propostos a fim de formarem uma ordem para a compreensão dos fatos, de forma a auxiliar a formação de pensamento sobre o tema, cumprindo o papel da proposta e dos objetivos da pesquisa, conforme se segue:

- Primeiro item do referencial teórico: apresenta uma contextualização histórica da Terapia Ocupacional, relatando sobre marcos históricos da profissão, seus objetos e instrumentos e, principalmente, a sua prática na saúde mental;
- Segundo item do referencial teórico: aborda todo o contexto da crise e construções em torno de seus significados, discutindo a importância da intervenção precoce, o reconhecimento de pródromos e o desenvolvimento dos estudos das primeiras crises.
- Terceiro item do referencial teórico: discute-se o cuidado na complexidade das crises, abordando toda a dinâmica do serviço do GIPSI, suas atividades de estudos, pesquisas e clínica, missão, abordagens, entre outros aspectos.

No decorrer do trabalho é apresentada toda a metodologia ao qual a pesquisa foi projetada, o tipo de estudo, o referencial teórico utilizado, estratégia de pesquisa, o objeto de investigação, o local de pesquisa e a forma como os dados serão coletados e apresentados.

Em seguida, tem-se a apresentação dos resultados e das discussões, onde narra o GIPSI e todo o processo do trabalho efetivado na presente pesquisa. Foram apresentados em forma de quadro alguns dados referentes à pesquisa, para melhor exposição sobre o contexto da mesma.

Por fim são abordadas as considerações finais, que buscou retratar sobre a hipótese de pesquisa, a fim de trazer perspectivas e olhares sobre a clínica da Terapia Ocupacional,

permitindo que o leitor participe da construção de pensamentos, desenvolvendo reflexões e estimulando novos estudos sobre a temática apresentada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos significativos da Terapia Ocupacional

2.1.1 Contextualização histórica

A Terapia Ocupacional, como profissão, originou-se a partir de contextos históricos diversos e, até o momento, ainda vive um processo de consolidação de suas práticas. Neste sentido, é possível observar diversos campos inovadores em seu desenvolvimento.

A profissão de Terapia Ocupacional originou-se em meio a dois marcos históricos – a Revolução Francesa e a Primeira Guerra Mundial –, em um dado momento em que se criavam novos saberes em saúde – a partir de filosofias humanistas, e novas formas de cuidar em saúde (SOARES, 2007).

Neste sentido, a profissão teve como influência norte-americana, sua atuação junto aos incapacitados e neuróticos que retornavam da Primeira Guerra Mundial, a fim de atuar na reabilitação física e mental, mas sua inauguração deu-se no início da Segunda Guerra Mundial. Neste sentido, a profissão atuava a partir do uso da ocupação e da especialização do trabalho, objeto do fazer. (MOREIRA, 2008; LIMA, 2006; DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Portanto, a Segunda Guerra Mundial trouxe a necessidade de inserção do Terapeuta Ocupacional em hospitais para o cuidado às incapacidades físicas e mentais (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Conforme os acontecimentos, os cursos da profissão foram sendo implantados principalmente na área de reabilitação física, adquirindo reconhecimento como profissão. No contexto hospitalar junto aos incapacitados pós-guerra, na segunda metade do século XX, a profissão atuava a partir do uso de ocupações.

Segundo Soares (2007), no Brasil, o uso da ocupação veio com a vinda da família real portuguesa no século XIX, utilizando como tratamento dos doentes mentais a utilização do trabalho.

Amarante (2009) relata que esta forma de tratar os doentes mentais, identificados como “alienados mentais”, era chamada de tratamento moral, e realizada a partir da utilização do trabalho, sendo desenvolvida por Philippe Pinel.

Pinel tinha como método clínico a observação prolongada de seus pacientes. Assim, o asilo seria o local apropriado para o tratamento moral, fundamentado “na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com eles” (Pereira, 2004, p. 114). Para este autor palavras como ‘repressão’ e ‘intimidação’ são utilizadas para caracterizar o tratamento moral.

Os asilos mantinham espaços para o desenvolvimento de atividades, tais como: o cultivo de alimentos, atividades com barro, madeira, entre outras (LIMA, 2006). A Terapia Ocupacional, que utilizava a atividade como forma de tratamento de doentes mentais, crescia paralelamente à Psiquiatria, utilizando o tratamento moral, a partir do uso do trabalho nas instituições asilares.

A Terapia Ocupacional foi reconhecida como profissão da área da saúde apenas em 1969, e, ao final dos anos 1970, a profissão já necessitava de intervenções mais técnicas e práticas mais pragmáticas. Assim, o terapeuta ocupacional foi introduzido na equipe multidisciplinar de instituições renomadas (MOREIRA, 2008). Neste período, foi criado o Conselho de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) pelo Decreto-Lei nº. 938, de 13 de outubro de 1969 (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Com o tempo, o terapeuta ocupacional foi ganhando diversas vertentes teóricas sobre sua conceituação e, desde então, vem contribuindo de forma positiva para o crescimento da Terapia Ocupacional como ciência. Desde sua origem, a profissão da Terapia Ocupacional desenvolve conceitos distintos entre si e com abordagens diversas. A Fundação Mundial dos Terapeutas Ocupacionais (WFOT, 2002) apresentou uma definição da profissão, conforme se segue:

É um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de 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 pelo uso de atividade, elemento centralizador e orientador, na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico (p. 68).

O COFFITO (2013) define o Terapeuta Ocupacional como:

Um profissional dotado de formação nas Áreas de Saúde e Sociais. Sua intervenção compreende avaliar o cliente, buscando identificar alterações nas suas funções práxicas, considerando sua faixa etária e/ou desenvolvimento da

sua formação pessoal, familiar e social. A base de suas ações compreende abordagens e/ou condutas fundamentadas em critérios avaliativos com eixo referencial pessoal, familiar, coletivo e social, coordenadas de acordo com o processo terapêutico implementado. O terapeuta ocupacional compreende a Atividade Humana como um processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de auto manutenção e o Homem, como um ser prático, interferindo no cotidiano do usuário comprometido em suas funções práticas objetivando alcançar uma melhor qualidade de vida (s.p).

A Terapia Ocupacional é entendida, segundo Lima (2006):

Como uma prática social e de saúde que se valerá das atividades humanas como instrumento de intervenção visando à promoção da saúde e das trocas sociais; uma prática de luta e resistência contra o isolamento e o desenraizamento característicos do mundo contemporâneo; uma prática que investe na ampliação do horizonte da vida ativa de seus usuários, de sua capacidade de criar e agir, de seu espaço de liberdade e de suas relações com o mundo e com os outros (p. 121).

Caniglia (2005) defende que a Terapia Ocupacional: “não é uma técnica, ela é uma ciência prática, ciência clínica, ciência aplicada, tecnologia ou tecnociência” (p. 49). Neste sentido, esta autora apresenta três formas de definição de Terapia Ocupacional, conforme outros estudos sobre a conceituação da profissão, a saber: 1) por meios, recursos utilizados; 2) pelas inter-relações terapeuta-atividade-paciente; e, 3) pelo objeto de trabalho (CANIGLIA, 2005).

Ainda sobre a definição da profissão Chamone (1990 *apud* DRUMMOND, 2007) conceitua a Terapia Ocupacional como:

Um método de prevenção, tratamento, cura e reabilitação que aproxima o ajudador do ajudado através de ocupações livres e criativas, salientando que ela não pode ser compreendida sem se considerar as coisas que implica: material, ferramenta, objetos concretos como problemas em si. Sendo, assim, método crítico-laborativo das relações humanas, portanto, modo psicoterapêutico (p. 14).

As construções e contribuições em torno da definição e das intervenções da profissão, em seu contexto histórico, expandiram suas práticas, influenciando suas ações e exigindo a construção de novos olhares (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

2.1.2 Instrumento e objeto da Terapia Ocupacional

Como objeto da Terapia Ocupacional, entende-se aquilo que dá especificidade à profissão. Neste sentido, Caniglia (2005) utiliza os termos objeto de estudo e objeto

profissional como “objeto comum a várias profissões e áreas de conhecimento e objeto de intervenção específico de uma profissão” (p. 36), respectivamente.

Soares (2007) caracteriza o objeto de trabalho da Terapia Ocupacional como “a ação, o fazer humano, o cotidiano” (p. 03). No entanto, o autor aponta que o diferencial da Terapia Ocupacional são os instrumentos das intervenções.

Medeiros (1994), em um de seus estudos, reconhece o objeto da Terapia Ocupacional como qualidade de vida e a atenção aos sujeitos e às suas singularidades.

Para Caniglia (2005) a Terapia Ocupacional possui muitos campos de atuação, e seu objeto ganha várias denominações, como, por exemplo:

Atividade humana, fazer humano, ação humana, desempenho ocupacional, função ocupacional, saúde prática, fenômeno ocupacional, afazeres diários, atividades rotineiras, atividades do cotidiano, cotidiano ocupacional, performance ocupacional, rotina qualificada, cotidiano saudável, atividade significativa etc (p. 47).

Com o objetivo de produzir saúde, a Terapia Ocupacional utiliza como instrumento as atividades e o fazer como objeto de intervenção (LIMA, 2006). Para Benetton *et al.* (2000 *apud* TAKATORI, 2001) a Terapia Ocupacional considera o fazer como uma:

Construção do seu cotidiano, onde a rotina existe, mas é singular, pois vivida e realizada de modo pessoal, podemos pensar que a assistência em terapia ocupacional no processo de reabilitação contribui para a construção desse cotidiano interrompido ou inexistente, a partir de situações que se transformam em experiências significativas para o paciente na relação terapeuta-paciente-atividades. Ao invés do enfrentamento ou aplacamento de sintomas, na terapia ocupacional propõe-se o ‘fazer’ para construir ou reconstruir cotidianos [...] apesar de doença ou de deficiência (s.p).

Em outros estudos, Lima (2006) destaca a utilização de atividades como forma de ocupação na Idade Média a fim de explicar que o uso de atividades como forma de tratamento terapêutico era algo comum entre gregos e romanos como forma de cura para perturbações espirituais e cerebrais (LIMA, 2006).

Para Fonseca (2008), a definição da ocupação como objeto de intervenção da Terapia Ocupacional se dá a partir da utilização desta como meio, com foco na modificação do desempenho, ou a ocupação como fim, utilizando-a para obtenção de alguma atividade específica. Assim, a Terapia Ocupacional atua em suas intervenções por meio da utilização de ocupação e vem crescendo através de estudos na área, ampliando

suas práticas na promoção da saúde. Sobre a questão, Benetton (2006 *apud* GOZZI, 2013) afirma:

Para uma profissão que começou suas ações na recreação e vem ampliando seu enfoque para uma abordagem ampla do indivíduo como ser humano complexo e cidadão, só existe uma terapia ocupacional que entende o fazer como um projeto para ser, na construção no meio em que se vive (p. 20).

2.1.3 A prática da Terapia Ocupacional na Saúde Mental

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve como marco a aprovação da Lei Paulo Delgado – Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001 –, com a implantação de serviços que viriam a substituir o modelo manicomial de tratamento. As transformações no modelo de cuidado em saúde mental contribuíram para o crescimento da profissão (ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

A Reforma Psiquiátrica foi, então, caracterizada por mobilizações de alguns setores dominantes da sociedade a favor da luta pelos direitos dos sujeitos que sofriam exclusão por serem considerados doentes mentais (RIBEIRO, 2008).

Sem dúvida, a Reforma Psiquiátrica é um movimento histórico que tinha por objetivo a desinstitucionalização, através da criação de serviços que viriam substituir os hospitais psiquiátricos, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residência Terapêuticas, redes de atenção à saúde mental, oficinas terapêuticas, entre outros.

Para Hirdes (2009) um fato que marcou a saúde mental do Brasil através da Reforma foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, onde:

Os países da América Latina comprometeram-se promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário (p. 298).

A partir da mudança no tratamento com os doentes mentais, a diferenciação entre doença e saúde mental e o surgimento do conceito de saúde mental, vai crescendo uma das áreas da Terapia Ocupacional. De fato, a participação desta profissão em movimentos transformadores neste campo contribuiu para o surgimento de novas propostas em saúde mental (GOZZI, 2013).

Com a implantação de novos serviços de saúde mental, por meio da Reforma Psiquiátrica, a Terapia Ocupacional foi ganhando espaço e suas práticas foram sendo ampliadas, devido às novas formas de tratamento dos sujeitos que vivenciam algum sofrimento psíquico, focados na reabilitação psicossocial (RIBEIRO; MACHADO, 2008).

Suas intervenções mantêm como objetivo principal o resgate da cidadania e direitos do indivíduo, além da ampliação de suas redes de cuidado. Portanto, a prática do terapeuta ocupacional no campo da saúde mental visa um processo de desinstitucionalização e autonomia, através do cotidiano, com o fortalecimento de seus vínculos, melhorando e potencializando seu desempenho ocupacional. Tais práticas rompiam com as ideias de tratamento moral proposto por Pinel – desumanização das instituições asilares e uso de atividades apenas como forma de ocupação.

Mângia e Nicácio (2001) apresentam dois referenciais para a construção da Terapia Ocupacional na saúde mental: a Socioterapia e a Psicodinâmica, que tinham como ideal a abordagem psicossocial, originando as práticas com a família, abordagens grupais, socialização, terapia individual, ateliês, oficinas, relação terapeuta-paciente-atividade, entre outros aspectos.

As práticas do Terapeuta Ocupacional nos serviços de saúde mental, para Ribeiro e Machado (2008) vêm se expandindo, uma vez que:

Os profissionais de terapia ocupacional que estão inseridos na rede de atenção à saúde mental, e aqueles que serão incluídos neste sistema de atendimento, devem estar cientes de que as transformações nos modelos de atenção em saúde mental vão para além da implantação e ampliação das redes de serviço. Elas conduzem a um outro saber que exige flexibilidade nas ações e nos papéis dos diversos profissionais, e pede uma mudança individual e coletiva de todos os envolvidos no processo da reabilitação psicossocial (p. 74).

Ribeiro e Machado (2008) destacam que para a obtenção do conceito de executora da reabilitação psicossocial, a Terapia Ocupacional deve, então, estender suas práticas fazendo uso de recursos existentes no contexto territorial dos sujeitos, aproximando-se da realidade social e abrindo espaço para a liberdade de criação dos indivíduos.

Para Almeida e Trevisan (2011), a Terapia Ocupacional utiliza o discurso da reabilitação psicossocial, que tem como foco promover a saúde, o exercício da cidadania e a inclusão social, acreditando que cada sujeito é único, bem como suas demandas.

Portanto, a Terapia Ocupacional atua no cuidado ao sujeito, expandindo suas práticas à família, ao território, ao domicílio e às redes, priorizando uma ação nos serviços

de saúde mental que combate a exclusão, acolhendo o sujeito de forma a potencializar suas qualidades independentemente de suas limitações.

2.2 Contextualizando aspectos da crise

De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2009), a crise é, de acordo com a Medicina:

[...] o momento que define a evolução de uma doença (para melhor ou pior); dor paroxística, com distúrbio funcional em um órgão; estado de súbito desequilíbrio ou desajuste nervoso, emocional; eventual manifestação repentina de um sentimento, agradável ou desagradável; estado de incerteza, vacilação ou declínio; episódio desgastante, complicado; situação de tensão, disputa, conflito; situação de falta, escassez, carência; grave desequilíbrio conjuntural entre a produção e o consumo, acarretando aviltamento dos preços e/ou da moeda, onda de falências, desemprego, etc.; fase de transição entre um surto de prosperidade e outro de depressão, ou vice-versa (p. 573).

A crise é um processo em que o sujeito vivencia no decorrer da vida; resultado de momentos de desequilíbrio e desordem. A palavra “crise” vem do grego *krísis*. O verbo grego *krínó*, segundo o dicionário Houaiss (2009), tem o sentido de separar, partir, distinguir, entre outros. Para Ferigato e cols. (2007), este fato é comum a qualquer pessoa e pode ocorrer em qualquer fase da vida, não sendo uma experiência exclusiva de pessoas que possuem algum distúrbio mental, podendo ocorrer em situações imprevisíveis ou previsíveis, gerando sofrimento psíquico.

Para Costa (2006), entende-se por crise os episódios que ocorrem na vida do sujeito, e que trazem como consequências a ameaça e o ataque do controle e segurança da pessoa.

Caplan, considerado um dos fundadores da Psiquiatria Preventiva, nos anos 1960, em estudos sobre a teoria da crise, aponta que esta é uma consequência de situações que o sujeito foi incapaz de lidar e se defender (FONTENELLE, 2010).

Para Ferigato e cols. (2007), a crise, até os meados do século XVIII, vinha com um conceito de possessão demoníaca ou manifestação de algo sobrenatural. Somente a partir do século XVIII, a crise foi considerada doença.

Podemos dizer que originalmente a palavra crise está carregada de elementos que trazem um amplo sentido, o de separação, mudança, desequilíbrio transitório, com possível ocasião de crescimento (FERIGATO e cols., 2007, p. 32).

Na Psiquiatria tradicional, a intervenção junto aos sujeitos que vivenciavam as crises tinha por base os tratamentos de punição e controle. Sobre a questão, M. S. Costa (2007) explora tal intervenção do seguinte modo:

Exacerbação da noção de periculosidade ligada à pessoa em crise, redução da experiência a sintomas e a comportamentos considerados “bizarros”, com tendência ao reconhecimento apenas de “traços” patológicos, anormais e insanos, intervenções mais direcionadas à remissão dos sintomas em curto período de tempo, tentativa de normalizar e impor hábitos morais, ênfase na negatividade da loucura e da crise, ênfase na desrazão, nas incapacidades e nas impossibilidades, separação entre a crise e a vida global do sujeito, uso freqüente e mecanizado das contenções físicas, da eletroconvulsoterapia, uso generalizado e padronizado da medicação como recurso terapêutico mais importante ou prioritário, ênfase no controle e na tutela, uso do espaço físico para contenção das crises e internação como recurso predominante (p. 96).

Costa (2006) explica a crise como uma expressão da interrupção do equilíbrio. Tal fato é entendido pela quebra do percurso estabelecido pelo sujeito, afetando e desestabilizando seu cotidiano e aspectos de sua vida prática.

Em outros estudos, Costa (2010) evoluiu sobre o conceito de crise, explicando-a como “manifestação brusca de uma ruptura de estabilização que existia anteriormente. [...] é um processo, possui natureza dinâmica, tem uma história e sofre influências dos ambientes interno e externo” (p. 23).

Dalmolin (2006) destaca que o processo de crise ocorre na vida e é uma condição humana que gera sofrimento e rupturas entre o mundo interno e externo, ocasionando diferenças entre o que é vivido pelo sujeito e o que se espera dele em determinada cultura e sociedade.

Dell’acqua e Mezzina (*apud* DELGADO, 1991) explicam o conceito de crise na Psiquiatria como um processo de existência do sujeito e não relacionado a uma doença psiquiátrica em si. Justifica esse processo através da origem, como, “nasce da intenção [...] de reconsiderar a doença mental através da investigação do sofrimento existencial do sujeito [...] buscando as origens e os condicionamentos daquele sofrimento” (p. 55).

Para M. S. Costa (2007), o termo “crise” é explicado como um processo “individual específico, no qual efervescem questões, afetos, gestos e comportamentos variáveis e singulares, que afetam em graus variáveis a vida cotidiana da própria pessoa e daqueles de seu convívio” (p. 96). De fato, as crises são entendidas em um processo de adoecimento que engloba todos os contextos do sujeito.

Sobre a questão, Dell’acqua e Mezzina (*apud* DELGADO, 1991), explicam que os “problemas emocionais, psicológicos, de relação, sociais e os fatos de vida assumem as características da crise e se tornam de interesse psiquiátrico específico” (p. 53).

A complexidade das situações de crise apresentada pelos diversos autores não pode ser considerada como um dado único, isolado. A família, a produção laborativa, as habilidades e funções sociais, o cotidiano de vida diária e de vida prática são aspectos que o sujeito desenvolve em demandas de saúde ou de doença, devendo, portanto, conforme Dell’acqua e Mezzina (*apud* DELGADO, 1991), ser redimensionada nas relações do mesmo.

Apesar dos diversos significados e situações da palavra “crise” apresentados anteriormente, a presente pesquisa abrange o contexto das primeiras crises psicóticas, causadora de sofrimento psíquico ao sujeito, e que são geradoras dos aspectos do desempenho de atividades, rotina, cotidiano e os papéis sociais dos sujeitos.

O interesse no estudo das primeiras crises vem se desenvolvendo por meio de serviços em clínica e pesquisa. Tal ação investigativa teve início nos anos 1980, sob uma abordagem preventivista intensiva com ênfase nas fases iniciais dos transtornos psicóticos. Autores como, por exemplo, McGorry e Edwards (2002) – pesquisadores da Universidade de Melbourne na Austrália, desenvolveram serviços especializados no atendimento de jovens apresentando primeiros episódios psicóticos, desde as primeiras manifestações prodrômicas, passando pelo quadro psicótico, até a recuperação e a reintegração social e familiar. Os estudos sobre intervenção nas primeiras crises psicóticas são realizados pela International Early Psychosis Association (IEPA).¹

No Brasil, tal campo apresenta-se ainda como algo inovador e de estudos restritos. Acredita-se existir dois trabalhos, a saber:

- 1) Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP): Programa de Pesquisa e Atendimento ao Primeiro Episódio Psicótico (PEP), com enfoque no atendimento multiprofissional, ao primeiro episódio psicótico (CHAVES, 2009); e,
- 2) Grupo de Pesquisa e Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI), desenvolvido no Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB), sob a coordenação do Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa; este teve seu início

¹ Cf. IEPA (2013).

em 2001, aos moldes da literatura e das experiências internacionais e, atualmente, realiza clínica e pesquisa, sob um modelo compreensivo, dinâmico e sistêmico para pessoas em primeira crise do tipo psicótica, pautado em estudos e pesquisas em Psicopatologia, Psicoterapia, Psicologia, Filosofia e Linguagem (COSTA, 2010).

Costa e cols. (2010) atentam que as primeiras crises ou o primeiro episódio psicótico são antecedidos pela fase prodrômica – que antecede tal evento, e pela fase residual – que segue o episódio psicótico caracterizado pela remissão dos sinais e sintomas.

Ainda que a literatura não seja precisa em relação à distinção dos pródromos e das primeiras crises, Keshavan e Schooler (1992 *apud* COSTA e cols., 2010) referem “ser mais confiável utilizar como critérios para definir um primeiro episódio a primeira admissão hospitalar e a apresentação dos considerados primeiros sinais psicóticos” (p. 39).

Para Costa e cols. (2010) a presença de sintomas negativos podem caracterizar as primeiras crises, sendo identificados por: embotamento afetivo, discurso empobrecido, déficit de cognição e atenção, entre outros, também são utilizados para caracterizar as primeiras crises.

McGorry e Edwards (2002) dividem o primeiro episódio psicótico como um curso de evolução definido em três fases, a saber: pré-psicótica ou prodrômica, aguda (sintomas aflorados) e de recuperação. Em seus estudos, demonstram que a fase prodrômica é vivenciada pelo sujeito através de alguns sintomas, tais como: alterações no afeto, na cognição, na percepção de si próprio e das pessoas e alterações físicas e de percepção.

Neste sentido, as crises do tipo psicóticas são antecedidas, em geral, por sinais e características que alteram o sujeito, no qual são chamados pródromos. Do grego “*pródromos*”, a palavra “pródromo” tem o significado de algo que antecede algo. O conceito de pródromo é o primeiro sinal apresentado pelo sujeito, podendo anteceder um sofrimento ou uma psicose (COSTA e cols., 2010).

Um conceito mais completo de pródromo é trazido por McGorry e Edwards (2002), sendo:

Um período de transtorno não-psicótico, na vivência do paciente ou em seu comportamento, que precede o surgimento dos sintomas psicóticos. Se for possível reconhecer esses pródromos, poderá ser possível interromper a

progressão para psicose ou facilitar um rápido tratamento após o seu surgimento (p. 26).

Algumas características são apresentadas por McGorry e Edwards (2002), tais como: atenção, concentração e motivação reduzidas, humor deprimido, distúrbio do sono, ansiedade, depressão, isolamento social, deterioração das funções psíquicas, entre outras, como aspectos considerados prodromáticos para uma possibilidade de crise psicótica.

No entanto, segundo Eaton *et al.* (1995) e McGorry e Singh (1995 *apud* CARVALHO; COSTA, 2007) os pródromos não significam “que essa fase progredirá para uma crise psicótica ou para um adoecimento mental, mas sim que estes sinais constituem um estado mental de risco” (p. 155).

Nos casos em que a fase prodromática progride para um episódio psicótico, Costa e cols. (2010) denominam esta etapa de síndrome precursora ou estado mental de risco. Neste sentido, explicam que reconhecer o pródromo mostra-se importante “para o diagnóstico e manejo prévio de sofrimento psicótico, detecção de reincidências, estudo de perspectiva de indivíduos com risco e prognósticos” (COSTA e cols., 2010, p. 34).

Portanto, o reconhecimento dos pródromos pode ajudar no diagnóstico e tratamento da doença o mais precoce possível. Sobre a questão, McGorry e Edwards (2002) defendem os benefícios de uma intervenção precoce, a partir do reconhecimento dos pródromos, pois:

A principal razão para se procurar melhorar o reconhecimento precoce dos sintomas psicóticos e para de reduzirem os atrasos em iniciar o tratamento é a maximização dos potenciais benefícios da intervenção precoce. O ambiente e a condição do paciente podem se deteriorar significativamente nos primeiros dois a cinco anos após o início dos sintomas. [...] As intervenções precoces podem ajudar a reduzir essa deterioração (p. 15).

Sabe-se que as intervenções precoces nas crises psicóticas tem papel fundamental a partir de um acompanhamento mais sistemático, abrangendo a intervenção precoce ao sujeito e seus familiares (LOUZÃ, 2000; CARVALHO *et al.*, 2007).

A intervenção precoce nas psicoses, de acordo com McGorry *et.al.* (1996 *apud* COSTA e cols., 2010), tem como objetivo:

Decidir se uma desordem psicótica se iniciou e então oferecer tratamento efetivo no ponto mais cedo possível e secundariamente assegurar que a intervenção constitui a melhor prática para esta fase da doença, e não tão somente transpor tratamentos padrões desenvolvidos para estágios posteriores e persistentes dos subgrupos mórbidos da desordem (p. 39).

Os casos que recebem intervenções precoces tendem a ter mais sucesso durante o tratamento. Estudos mostram que é possível adiar o início de um quadro psicótico, a partir de intervenção precoce (LOUZÃ, 2000).

Fiaschè (2005 *apud* FONTENELLE, 2010), em seus estudos, explica que, antes da Reforma Psiquiátrica, as intervenções para a crise tinham por base no modelo asilar hospitalocêntrico, que resultava em cronificação, utilizando apenas o tratamento farmacológico como contenção de sintomas.

Segundo McGorry e Edwards (2002) as intervenções precoces abrangem necessariamente, abordagens biológicas, psicológicas e sociais, devendo, assim, obter-se um reconhecimento do surgimento de uma crise o mais precoce possível. Sobre a questão:

O ponto fundamental para o reconhecimento precoce é ter em mente a possibilidade de psicose ao se tratar de pessoas jovens que estão vivenciando alterações persistentes em seu comportamento e em suas funções cerebrais, especialmente na presença de outros fatores de risco. Manter alto grau de suspeita (McGorry e Edwards, 2002, p. 19).

Desta forma, os objetivos de uma intervenção precoce são a diminuição da duração das crises e prevenção de recaídas. Os ganhos das referidas intervenções seriam, então, de acordo com Costa e cols. (2010), uma recuperação mais rápida, a obtenção de um melhor prognóstico, menor morbidade, a preservação das capacidades psicossociais e a preservação de apoio da família com menor necessidade de recorrer à hospitalização.

Diversas são as consequências de um tratamento tardio, devido ao atraso no reconhecimento da doença e em seu diagnóstico. Silva (2012) aponta que as consequências da vivência de uma crise psíquica são complexas e afetam as relações do sujeito e seu cotidiano, influenciando em seus aspectos funcionais.

Portanto, o cuidado precoce da crise do tipo psicótica permite reduzir a morbidade em longo prazo, além de melhorar a recuperação. Do contrário, os sujeitos não tratados podem experimentar significativas deteriorações biológicas, sociais e psicológicas nas fases iniciais de suas psicoses (MCGORRY; EDWARDS, 2002). Em seus estudos sobre as crises psicóticas, estes autores apontam alguns benefícios em potencial de uma intervenção precoce, a saber:

- Redução da incapacidade em médio prazo e menor risco de recidivas;
- Menor risco de suicídios;
- Redução de complicações com a Justiça;

- Reduz o prejuízo vocacional e/ou desenvolvimento do indivíduo;
- Reduz trauma durante a avaliação e o início do tratamento;
- Menores doses da medicação antipsicótico necessária;
- Menos necessidade de internação;
- Diminuição dos gastos com saúde em médio prazo;
- Menor estresse e menos problemas familiares; e
- Menor resistência ao tratamento.

De fato, cuidar precocemente das crises do tipo psicótica mostra-se mais eficaz junto a uma equipe multidisciplinar. Sobre a questão, Fontinelle (2010) aponta que os serviços substitutivos de cuidado à saúde mental “preconizam a oferta do cuidado integral à saúde numa perspectiva multidisciplinar” (p. 13), abrangendo este cuidado a outros saberes e buscando intervenções mais amplas e diversificadas.

Com base no processo complexo da crise e sua subjetividade, os profissionais de saúde mental devem entender a complexidade da crise e suas demandas de acordo com cada sujeito. Assim, Fonseca (2008) explica que diversas são as vantagens e ganhos nas intervenções em saúde mental realizadas a partir da equipe multidisciplinar, uma vez que tal fato demanda uma abertura dos próprios profissionais a novos saberes.

O atendimento às crises deve ser efetivo, de acordo com McGorry e Edwards (2002), a partir de serviços planejados para este fim e que tenham como foco a minimização de traumas decorrentes, a estigmatização e a desmoralização decorrentes das crises. Tais metas são alcançadas com maior sucesso quando feitas sobre um olhar interdisciplinar.

Portanto, Alkimin (2000 *apud* FERRARI, 2006) argumenta que a equipe interdisciplinar no atendimento às crises mostra-se eficaz, pois:

A especificidade e a complexidade da clínica das psicoses, a importância da oferta de diferentes transferências e da construção de diferentes vínculos, por vezes inéditos na experiência desses pacientes, faz com que seja necessária, portanto, a proposta de uma “clínica de muitos” ou “feita por muitos” na qual a transferência fica ora na localizada instituição, ora nos dispositivos grupais, ora em um terapeuta (aquele que empresta seu corpo para que a transferência se ancore), ora em vários terapeutas a um só tempo (p. 122).

2.3 O GIPSI no cuidado da complexidade das primeiras crises

A Reforma Psiquiátrica trouxe alguns serviços no âmbito da saúde mental que viriam a substituir o modelo hospitalocêntrico asilar, funcionando sob a lógica da clínica interdisciplinar no cuidado aos sujeitos que vivenciam as primeiras crises em toda a sua complexidade.

As primeiras crises do tipo psicóticas são processos complexos que afetam aspectos do desempenho de atividades, alterando a rotina, o cotidiano e os papéis sociais dos sujeitos, mostrando, assim, a relevância de um cuidado interdisciplinar (COSTA, 2010).

Neste contexto, tem-se o GIPSI – IP/UnB – grupo que tem intervenido de forma inovadora nos cuidados às primeiras crises em toda a sua complexidade, através dos pressupostos da intervenção precoce por meio da clínica interdisciplinar, formada por profissionais e estudantes em Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, Serviço Social, Antropologia, Filosofia e Terapia Ocupacional.

A equipe do GIPSI atua em atividades de clínica, pesquisa e extensão com a participação de alunos de pesquisa e estágio da Graduação, auxiliares de pesquisa e profissionais voluntários e alunos de Pós-Graduação (COSTA e cols., 2010).

O GIPSI tem como missão a identificação e o tratamento de sujeitos que vivenciam as crises no momento mais precoce possível, buscando prevenir recaídas e cronicidade, adotando os princípios da Reforma Psiquiátrica, atuando com ações de clínica, pesquisa e extensão com uma proposta de nova concepção e atuação sobre os sofrimentos psíquicos que, para o grupo, tradicionalmente são conhecidos como transtornos psíquicos graves.

O Grupo atua na intervenção junto às primeiras crises que, segundo Costa e cols. (2010), podem ser ou não psicóticas. Faz-se, então, a utilização do termo ‘do tipo psicótico’ como uma nova forma de entender o sofrimento psíquico grave que “é tradicionalmente denominado pela linguagem ordinária e técnica ‘psicose e seus transtornos correlatos’” (Costa, 2013, p. 145).

O termo “do tipo psicótico” é utilizado para caracterizar a fase que antecede a crise. Costa e cols. (2010) explicam que o termo é referenciado a partir de dois pontos, a saber:

- 1)A vivência pode ser intensa, típica de um momento existencial, porém diferente do padrão da própria pessoa, que pode evoluir ou não para uma desorganização maior da atividade psíquica; e, 2) Neste momento específico

ainda estão preservados os potenciais de retorno a uma atividade menos sofrida e, portanto, não necessariamente psicótica à priori (p. 22).

Sob a coordenação do professor Dr. Ileno Izídio da Costa, o GIPSI teve início em 2001, com sete participantes, no IP/UnB, e, segundo Costa e cols. (2010), “tinha o intuito de ser um espaço para o estudo, discussão, pesquisa, atendimento e reflexão sobre o que é denominado pela linguagem ordinária e técnica, psicose e seus transtornos correlatos” (p. 07).

Inicialmente, o Grupo era formado por com profissionais e estudantes de Psicologia. Porém, houve um crescimento significativo de várias áreas, tornando-se multidisciplinar. Atualmente, o grupo conta vinte e dois membros ativos, das áreas de Psicologia, Psiquiatria, Terapia Ocupacional, Antropologia, entre outros.

O GIPSI oferece um programa de intervenção precoce nas psicoses objetivando a identificação e o tratamento de indivíduos que a vivenciam no momento mais precoce possível do sofrimento, ajudando no momento imediato e iniciando um acompanhamento adequado. O Grupo é desenvolvido através de abordagens teóricas de bases sistêmica, psicodinâmica, fenomenológica, equipe reflexiva, abordagem de rede e comunitária (COSTA e cols., 2010).

Suas propostas estão pautadas em uma clínica ampliada, interdisciplinar e humanizada para sujeitos em primeiras crises, com o objetivo de reduzir a duração das crises e evitar recaídas, diminuindo a incapacidade do sujeito (COSTA e cols, 2010). Neste sentido, o GIPSI tem por base a realização de pesquisa no campo a fim de propor questões, formas e possibilidades de ajuda e intervenção aos sujeitos que vivenciam as primeiras crises. Assim, Costa e cols. (2010) afirmam que:

Um programa de tal natureza deve incrementar a vigilância sobre esta realidade através da educação, pesquisa e apoio para os indivíduos, famílias, comunidade e trabalhadores da área (p. 8)

O Grupo tem como posturas básicas o foco na família de cada sujeito, centrado no resgate à saúde, abrangendo suas intervenções para as redes do sujeito. Segundo o Manual de Orientação do GIPSI (2010), os objetivos do grupo são assim descritos:

- Propiciar intervenções clínicas de cuidado e acompanhamento;
- Promover pesquisas no campo;
- Promover intervenções baseadas no contexto familiar de cada sujeito;

- Defesa de anti-psicóticos em dosagens adequadas;
- Minimização de morbidades secundárias ou traumas;
- Integrar pesquisa, educação e tratamento;
- Promoção e capacitação dos profissionais para desenvolvimento de pesquisa e intervenções;
- Estudos e desenvolvimento de novas formas de intervenções no campo;
- Adaptação das intervenções no contexto cultura dos sujeitos;
- Discussão e esclarecimentos dos diagnósticos;
- Trabalho de sensibilização com os profissionais que atendem primeiras crises (bombeiros, policiais, etc.); e
- Trabalhos de orientação na comunidade.

Portanto, o primeiro contato do sujeito com o grupo pode ocorrer por encaminhamento do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) – IP/UnB, através do telefone de crise ou por encaminhamentos de outras instituições públicas ou particulares.

O telefone de crise é um meio de comunicação criado pelo GIPSI para entrar em contato com o Grupo no momento da emergência, sendo uma de suas particularidades. Seu número é disponibilizado para toda a comunidade, permanecendo disponível vinte e quatro horas por dia. São feitos rodízios entre os participantes do grupo para o plantão do telefone, sob responsabilidade de uma dupla de colaboradores por uma semana. Durante a ligação, o membro do grupo disponibiliza orientações para o sujeito ou familiar que entrou em contato com informações, agenda de acolhimento, execução de escuta qualificada e, de acordo com a urgência do caso, o membro entra em contato com sua dupla ou serviço de emergência psiquiátrica, podendo realizar visita domiciliar.

Nos casos de encaminhamento ao Grupo, o sujeito é acolhido em dupla e, a partir de posterior discussão na supervisão, é encaminhado para acompanhamento. No GIPSI, a crise é considerada em diversas situações, segundo Costa e cols. (2010), como:

Em primeira crise psicológica grave, seja como primeiro episódio (significando estágio inicial), seja como primeira internação (primeira intervenção), que revele manifestações psicológicas de profunda repercussão (afetiva, emocional, relacional) em si próprio, na família ou no seu contexto relacional imediato que procura a rede hospitalar (psiquiátrica) em Brasília/DF (p. 54).

O diferencial do Grupo em seu reconhecimento precoce das primeiras crises do tipo psicótica é o acolhimento ao sujeito como um primeiro contato. O enfoque do acolhimento está relacionado na recepção do cliente, da família e do sujeito em sofrimento, visando apresentar o funcionamento do grupo, além de servir como espaço de escuta qualificada (UnB, 2013).

Com a definição em supervisão do acompanhamento no Grupo, o sujeito dá início ao acompanhamento e criação do projeto terapêutico singular focado na complexidade de sua crise e de seu contexto. Os acompanhamentos são realizados a partir de atendimento individual, atendimento familiar sistêmico e atendimento psicossocial (COSTA e cols., 2010).

Neste sentido, tem-se a realização de intervenções dentro do grupo, com base em esferas médicas, psicológicas, psicossociais e familiares. Na esfera médica a intervenção ocorre com o acompanhamento individual, tendo como instrumentos: a anamnese, os exames físico e psíquico, a *Structured Clinical Interview for DSMIII-R (SCID)*, a prescrição de psicofármacos e a utilização de escalas e protocolos (COSTA e cols., 2010).

No campo da Psicologia, tem-se a realização de atendimento individual e familiar com abordagens psicoterápicas, tais como: psicanalítica, existencial, fenomenológica e sistêmica. Como instrumentos de pesquisa utilizados neste campo, tem-se: processo psicodiagnóstico, testes psicológicos, escalas de personalidade, ansiedade e depressão.

No campo Psicossocial o grupo desenvolve atividades interdisciplinares relacionadas ao acolhimento no território, escuta qualificada e intervenções de clínica ampliada. Essas ações são realizadas a partir de levantamento e mapeamento sócio-relacional familiar, visita domiciliar, mapeamento de rede e grupos multifamiliares, ocorrendo atendimento individual de Terapia Ocupacional. Os instrumentos de pesquisa realizados no âmbito psicossocial são: mapa relacional, ecomapa, roteiro de entrevista domiciliar, mapa de rede e dinâmicas de grupo. Suas intervenções são: atendimento domiciliar, abordagem psicoeducacional, visitas domiciliares, intervenções em redes e trabalho comunitário.

No âmbito familiar, são utilizados a Avaliação Diagnóstica Relacional Familiar – estudo da estrutura e dinâmica de funcionamento familiar, que possui como instrumentos de pesquisa: ADirF, Genograma, Entrevista Familiar Estruturada, Entrevista Transgeracional e Guia da Entrevista Familiar. Como intervenção, faz-se uso da Terapia Familiar Nuclear de abordagens sistêmica e psicodinâmica, através da equipe reflexiva.

Através dos campos supramencionados são realizadas estudos como auxílio da clínica e da pesquisa, a partir de cada atendimento específico, ao qual se aplicam protocolos pela equipe interdisciplinar, como, por exemplo: Exame Psíquico Global (EPG), Entrevista Psicodiagnóstica Individual (EPI), entrevista de rede social, mapa de redes, ecomapa, genograma e método de Rorschach (COSTA *et al.*, 2010).

A rotina de funcionamento do Grupo é composta por supervisões clínicas e reuniões para discussão de casos a partir de suas demandas e urgência. As reuniões de equipe ocorrem duas vezes por semana, sendo um espaço onde os integrantes do Grupo estão presentes para discussão dos casos, discussão de assuntos administrativos, apresentação de projetos de pesquisa e outros afazeres, bem como discutir o andamento das atividades que estão sendo realizadas no momento. São chamadas supervisões quando o coordenador do Grupo está presente. Diante de outros compromissos, acarretando na ausência deste, um membro do grupo fica à frente da reunião, de acordo com o seu tempo no GIPSI, recebendo a denominação de intervisão. Ainda em tal Grupo, outras dinâmicas de funcionamento que vale destacar são as Oficinas Metodológicas, a Oficina de Boas-Vindas e a Oficina Vivencial, descritas a seguir.

As Oficinas de Boas-Vindas ocorrem geralmente no início do semestre com a finalidade de receber novos membros e proporcionar um primeiro contato entre os membros para interação e explicação sobre o funcionamento do Grupo.

As Oficinas Metodológicas ocorrem sempre que surgir a necessidade de discussão sobre temas específicos, ou de casos que necessitem maior atenção para obtenção de decisões ou treinamentos específicos.

Nas Oficinas Vivenciais, tem-se um espaço para discussão dos acontecimentos e atividades que aconteceram durante o semestre, em uma vivência entre os membros do grupo, com o intuito de ser um espaço de reconstrução e crescimento do GIPSI como equipe (COSTA e cols., 2010).

No Grupo também são realizadas atividades de pesquisa e extensão, como, por exemplo, projetos de extensão e iniciação científica e grupos de estudo. Atualmente, têm-se os seguintes grupos de estudo: Curso em Filosofia e Grupo de Estudo Psicanalítico na temática do GIPSI, ambos dirigidos por membros do grupo.

Os projetos de iniciação científica que estão sendo realizados atualmente no GIPSI pelos membros do grupo são: *A rede social e o território na resignificação da crise*

psíquica grave e na manutenção do bem estar mental; e, Adesão familiar ao tratamento nas primeiras crises psíquicas no GIPSI: Um estudo exploratório.

Entre as atividades realizadas, inclui-se também o projeto intitulado *Cuidando de sujeitos em primeiras crises do tipo psicótica pela lógica das redes sociais e do cotidiano*, em parceria interinstitucional entre o IP/UnB e a Faculdade de Ceilândia (FCE)/UnB, coordenado pela professora Nazareth Malcher – terapeuta ocupacional e professora assistente da referida Faculdade, participante do GIPSI desde 2007. Este projeto desenvolve atividades de extensão e pesquisa, partindo da lógica de que é possível cuidar dos sujeitos em primeiras crises psicóticas através de ações da clínica de redes, onde:

A lógica da rede social no cotidiano desses sujeitos cumpre um papel subjetivo e de funcionalidade [...] deve nos fazer pensar em estratégias que habilite a relacionar as produções sociais e subjetivas que nelas se desdobram em domínios da saúde, criando uma base teórica sobre funcionalidade, cotidiano de domínios de saúde, e clínica da rede; ações estas, que irão significar um cuidado adequado aos sujeitos em primeiras crises do tipo psicóticas (SILVA, 2012. p. 3).

Através da lógica da funcionalidade e do desempenho ocupacional, são desenvolvidas estratégias da Terapia Ocupacional com os sujeitos acompanhados no Grupo, com o uso da COPM, com a finalidade de mapear o desempenho ocupacional do sujeito que vivencia primeiras crises do tipo psicóticas e, portanto, “olhar além da situação estática da sintomatologia estigmatizadora da crise, identificando-a como um processo relacional e complexo do sujeito” (SILVA, 2012, p. 5).

O GIPSI participa ativamente como membro de movimentos políticos. É membro da rede de luta antimanicomial e participou de vários momentos relevantes, tais como: Movimento de Luta Antimanicomial do Distrito Federal, Marcha dos Usuários e envolvimento dos estudantes no combate ao preconceito contra a doença mental luta contra os manicômios, artigos completos publicados em periódicos, entrevistas, entre outros.

A partir dos trabalhos, pesquisas e estudos realizados e descritos anteriormente, juntamente com o comprometimento de seus participantes, o GIPSI cresce como grupo ao longo do tempo, e se destaca no campo da saúde mental no Distrito Federal e Entorno, como referência nas intervenções às primeiras crises do tipo psicótica.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O presente estudo fez uso do método qualitativo descritivo para formação da pesquisa aqui apresentada. Para Creswell (2007), o método qualitativo é:

Aquela em que o investigador sempre faz alegações de conhecimento com base principalmente ou em perspectivas construtivistas (ou seja, significados múltiplos das experiências individuais, significados social e historicamente construídos, com o objetivo de desenvolver uma teoria ou um padrão) ou em perspectivas reivindicatórias/participatórias (ou seja, políticas, orientadas para a questão ou colaborativas, orientadas para a mudança) ou em ambas. Ela também usa estratégias de investigação como narrativas, fenomenologias, etnografias, estudos baseados em teoria ou estudos de teoria embasada na realidade. O pesquisador coleta dados emergentes abertos com o objetivo principal de desenvolver temas a partir dos dados (p. 35).

Para Pimentel e cols. (2009), as pesquisas qualitativas para a Terapia Ocupacional estão sendo utilizadas para uma construção crescente de conhecimento e possibilidades, pois este método viabiliza relações entre significado dos fenômenos estudados, buscando conhecimento das singularidades.

Neste sentido este estudo teve como estratégia de pesquisa o estudo de caso, onde retratou a atuação da Terapia Ocupacional com os sujeitos que vivenciam as primeiras crises do tipo psicótica atendidos no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica (GPSI). O estudo de caso é defendido por Yin (2001) como uma eficaz ferramenta de pesquisa, por ser bastante abrangente.

O estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo - com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para a coleta de dados nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente (p. 33).

Os estudos de caso podem adotar estratégias de estudo em um indivíduo, como o caso clínico, ou pode ser múltiplo, no qual estudam organizações, eventos ou vários indivíduos (VENTURA, 2007). Neste estudo, abordou-se a atuação do GPSI e as possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional com estes sujeitos, através do acompanhamento clínico realizado neste grupo. Portanto, o estudo de caso tratou de um

fenômeno restrito a uma organização. Para Ventura (2007), os estudos de caso contêm duas formas de objeto de investigação: intrínseco e instrumental. O objeto de investigação instrumental é aquele que utiliza o caso para estudar uma questão mais abrangente, podendo envolver estudos posteriores.

E ainda, Alves-Mazzotti (2006) afirma que no estudo instrumental: “o interesse no caso deve-se à crença de que ele poderá facilitar a compreensão de algo mais amplo, uma vez que pode servir para fornecer insights sobre um assunto” (p. 641).

Portanto, neste estudo foi utilizado o objeto de investigação instrumental, no qual estudou o caso para compreender de forma mais abrangente as possíveis intervenções da Terapia Ocupacional com os sujeitos que vivenciam as primeiras crises psicóticas. Por isso, o este estudo de caso poderá subsidiar estudos posteriores sobre o tema.

3.2 Local de pesquisa

O local de realização desta pesquisa foi o GIPSI, que funciona no Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB), sendo coordenado pelo professor Dr. Ileno Izídio da Costa. Este grupo realiza atividade de clínica, pesquisa e extensão com pessoas que vivenciam primeiras crises do tipo psicóticas, com uma abordagem interdisciplinar, fenomenológica e sistêmica ao sujeito, família e rede social (COSTA e cols., 2010).

Atualmente o GIPSI desenvolve parceria com o campus Ceilândia, através do projeto de extensão e pesquisa intitulado *Cuidando de sujeitos em primeiras crises do tipo psicótico pela lógica das redes sociais e do cotidiano*, da docente do curso da Terapia Ocupacional, na qual também é orientadora desta pesquisa. Dentre as demais atividades deste grupo, os discentes do curso de Terapia Ocupacional desenvolvem aplicação de protocolo de desempenho ocupacional (através da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional, em inglês: *Canadian Occupational Performance Measure – COPM*) (vide Anexo B), acompanhamento terapêutico ocupacional aos sujeitos atendidos por este grupo, atendimentos individuais, atendimentos domiciliares, acolhimento, participam de supervisão clínica, entre outros.

3.3 Procedimentos para coleta de dados

Para Yin (2005), as evidências para um estudo de caso “podem vir de [...]: documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos”. (p. 109). Para delinear as fontes de evidências para a coleta de dados designadas neste estudo, foi realizada análise documental no material desenvolvido pelo Grupo (projeto de extensão da Terapia Ocupacional intitulado *Cuidando de sujeitos em primeiras crises do tipo psicótica pela lógica das redes sociais e do cotidiano*”, folder do GIPSI, Manual de Orientação do GIPSI, capítulos de livro e projeto *Proposições sobre ações da Terapia Ocupacional no GIPSI*).

Inicialmente, foi necessário um estudo na literatura sobre o tema da pesquisa, que foi norteador para este estudo. Portanto, foram estudados temas como Terapia Ocupacional, primeiras crises do tipo psicóticas, intervenção da Terapia Ocupacional na saúde mental, entre outros.

A posteriori, fez-se um levantamento de dados sobre o tema nos documentos do GIPSI, por meio de arquivos do grupo.

Os dados levantados foram norteadores do tema deste estudo, fazendo com que fosse possível o delineamento das possibilidades da Terapia Ocupacional na clínica desenvolvida pelo GIPSI.

3.4 Análise de dados

A estratégia analítica utilizada neste estudo dos dados foi baseada em proposições teóricas, pois utilizaram inicialmente, como descrito anteriormente, estudos na literatura sobre o tema, ao qual desenvolveu a hipótese desta pesquisa. Para Yin (2005), este tipo de estratégia analítica geral “ajuda a organizar todo o estudo de caso e a definir explicações alternativas a serem examinadas” (p. 140).

Com relação à análise de dados, Yin (2005) aborda três técnicas analíticas específicas: adequação ao padrão, construção da explicação e modelos lógicos. No presente estudo, fez-se uso da técnica analítica de construção da explicação, pois possibilitou o desencadeamento de novos estudos sobre as intervenções da Terapia Ocupacional, com os sujeitos que vivenciam as primeiras crises do tipo psicóticas.

Neste sentido, em relação à técnica de construção da explanação, Yin (2005) destaca que “seu objetivo não é concluir o estudo, mas desenvolver ideias para um novo estudo [...] com o objetivo de analisar os dados do estudo de caso construindo uma explanação sobre o caso” (p. 140).

Os dados coletados foram apresentados de forma descritiva das áreas temáticas, organizados como tópicos temáticos, como os aspectos da atuação do GIPSI e das possibilidades da Terapia Ocupacional.

Após a leitura análise dos documentos e organização dos conteúdos levantados nas categorias selecionadas, foram descritos os dados em forma de narrativa, com apresentação de recortes dos documentos, sendo explanada a relação da inserção desse profissional na clínica das primeiras crises apresentados pelo GIPSI.

3.5 Aspectos éticos

Na presente pesquisa não se fez necessária a submissão desta ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que o estudo foi feito a partir dos dados de clínica e pesquisa desenvolvidos pelo projeto de extensão e nas atividades do GIPSI, através de pesquisa documental dentro do referido Grupo, sendo, assim, resguardado pelo relatório de análise de projeto do Comitê supramencionado, do Instituto de Ciências Humanas (IH) da UnB (vide Anexo A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados descritos ao longo deste capítulo foram resultados da organização dos documentos referentes aos temas deste estudo, se refere à descrição de aspectos relevantes à clínica desenvolvida pelo Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica (GIPSI), suas referências e aspectos relacionados ao campo da Terapia Ocupacional no cotidiano do grupo. Os documentos selecionados foram:

- Manual de Orientação do GIPSI (identificado aqui como *Manual*);
- Folder explicativo do GIPSI (identificado aqui como *Folder*);
- Projeto de extensão da Terapia Ocupacional, intitulado *Cuidando de sujeitos em primeiras crises do Tipo Psicóticas pela lógica das redes sociais e do cotidiano* (identificado aqui como *Projeto 1*);
- Capítulos de livro publicado pelo grupo em 2010, intitulado *Da psicose aos Sofrimentos Psíquicos Graves* (identificado aqui como *Livro 1 e seus respectivos capítulos*);
- Capítulos de livro publicado pelo grupo em 2013, intitulado *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico* (identificado aqui como *Livro 2 e seus respectivos capítulos*);
- Projeto de ação intitulado *Propostas de ações da Terapia Ocupacional no GIPSI* (identificado aqui como *Projeto 2*).

As temáticas analisadas nos documentos do GIPSI foram relacionadas quanto ao seu conteúdo, estando descritas na Figura 1, a seguir.



Figura 1 – Categorias para pesquisa documental.
Fonte: Pesquisa.

Após leitura de profundidade, os dados foram organizados em planilha temática e serão apresentados e desenvolvidos em forma de narrativa, fazendo uma descrição dos aspectos desenvolvidos no estudo da clínica do GIPSI e da atuação da Terapia Ocupacional. As especificações de cada documento estão descritas na Tabela 1, a seguir, apresentando o resumo de seu conteúdo.

Quadro 1 – Sinopse referente à pesquisa documental (continua).

REFERÊNCIA	TIPO DE DOCUMENTO	CONTEÚDO
COSTA, I. I.; e cols. Manual de orientação do GIPSI – Grupo de Intervenção precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico. Brasília: Kaco Editora, 2010.	Manual	Primeiro documento criado pelo grupo em Agosto de 2010, referindo todo o seu histórico, sua missão, objetivos, abordagens, compromissos, metodologias, e rotinas entre outros.
COSTA, I.I. Crises Psíquicas “do Tipo Psicótico”: distanciando e diferenciando sofrimento psíquico grave de “psicose”. In: COSTA, I.I. Da psicose aos Sofrimentos Psíquicos Graves: Caminhos para uma abordagem completa. Brasília: Kaco Editora, 2010.	Capítulo 1 do Livro 1	O capítulo aborda o conceito complexo de sofrimento psíquico grave, como processual e fenômeno da vivência de cada sujeito.
SILVA, M.N.R.M.O.; COSTA, I.I. (Redes) Cobrindo relações no sofrimento psíquico grave: cronicidade e possibilidades. In: COSTA, I.I. e cols. Da psicose aos Sofrimentos Psíquicos Graves: Caminhos para uma abordagem completa. Brasília: Kaco Editora, 2010.	Capítulo 2 do Livro 1	O capítulo aborda a crise ligada às rupturas das relações que o sujeito vivencia, abordando o contexto do cotidiano e das redes do sujeito como estratégias de promoção da saúde mental.
Cuidando de sujeitos em primeiras crises do Tipo Psicótica pela lógica das redes sociais e do cotidiano. Brasília, 2012.	Projeto de pesquisa e extensão	Projeto de pesquisa e extensão que objetiva estudar e identificar as demandas de rede social, com articulação do cotidiano dos sujeitos que vivenciam as primeiras

		crises do tipo psicótica, atendidos pelo GIPSI, para favorecer estratégias de intervenção e cuidado aos sujeitos, pelo olhar da Terapia Ocupacional. Os alunos bolsistas realizam atendimentos, avaliações e acompanhamento de casos do grupo, realizando pesquisa e estudos sobre o tema.
Folder do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica - GIPSI	Folder	Material informativo que trata sobre o aspectos gerais do trabalho do GIPSI.
SILVA, M.N.R.M.O., e cols. Capacidades e desempenho ocupacional e as primeiras crises do tipo psicótico. In: COSTA, I.I. Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico./ organização de Ileno Izídio da Costa./ Curitiba: Juruá,; 2013.	Capítulo 1 do Livro 2	O capítulo aborda a intervenção precoce nas primeiras crises, pela lógica da avaliação do desempenho ocupacional do sujeito em crise.
COSTA, I.I.; MANO, R.P. História do GIPSI e seus resultados. In: COSTA, I.I. Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico./ organização de Ileno Izídio da Costa./ Curitiba: Juruá,; 2013.	Capítulo do 2 Livro 2	O capítulo aborda a história do GIPSI, discutindo suas prioridades enquanto objeto de intervenção.
SILVA, M.N.R.M.O., e cols. Práticas de saúde no território: cuidando de sujeitos em crise d o tipo psicótica. In: COSTA, I.I. Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico./ organização de Ileno Izídio da Costa./ Curitiba: Juruá,; 2013.	Capítulo 3 do Livro 2	O capítulo aborda as intervenções nas crises do tipo psicótica ligadas a abordagens no território, baseadas na clínica ampliada.
COSTA, I.I. Delimitação e gerenciamento da crise psíquica grave: em busca de parâmetros. In: COSTA, I.I. Intervenção precoce e crise psíquica grave:	Capítulo 4 do Livro 2	O capítulo apresenta a crise, citando seus desafios e os serviços de urgência e emergência, abordando o

fenomenologia do sofrimento psíquico./ organização de Ileno Izídio da Costa./ Curitiba: Juruá,; 2013.		gerenciamento da crise.
COSTA, I.I. Alguns conceitos centrais para a compreensão do sofrimento e da crise psíquica grave. In: COSTA, I.I. Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico./ organização de Ileno Izídio da Costa./ Curitiba: Juruá,; 2013.	Capítulo 5 do Livro 2	O capítulo aborda as atividades que o GIPSI estuda e pesquisa, que são importantes no processo da compreensão da crise e que são norteadores desse grupo.
Proposta de ações de Terapia Ocupacional no GIPSI. Brasília, 2013.	Projeto de ação	Propostas de intervenção e ações da Terapia Ocupacional na equipe interdisciplinar no GIPSI. Suas propostas são baseadas no cotidiano dos sujeitos, seus contextos psicossociais, promoção de rotina, independência, bem-estar e autonomia.

Fonte: Pesquisa.

A análise dos dados mostrou que o grupo segue um processo de evolução referente a todos os pontos analisados, citados na Figura 1, apresentada anteriormente, e que serão especificamente abordados nos itens que se seguem.

4.1 Narrando o GIPSI e a clínica do sofrimento psíquico.

4.1.1 Abordagens teóricas no cotidiano do GIPSI

Ao longo do tempo, o GIPSI desenvolveu no cotidiano clínico diversos tipos de abordagens teóricas, relacionando a necessidade de uma intervenção para a complexidade da crise e a especificidades da vivência de cada sujeito. As diversas abordagens teóricas são citadas na Figura 2 e discutidas a seguir.



Figura 2 – Abordagens teóricas do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI.

Fonte: Pesquisa.

Estas diversidades de abordagens também são pontuais e históricas, podendo sofrer mudanças a partir das mudanças nos membros da equipe do grupo, ou seja, as abordagens e estratégias clínicas são realizadas de acordo com o momento histórico de sua equipe, e com as peculiaridades das especificidades de seus integrantes. Porém, observa-se uma base teórica comum a todo processo histórico do GIPSI que é sistêmica e fenomenológica.

Na base sistêmica a crise não está apenas no sujeito, mas também no sistema e nas dinâmicas inter-relacionais. Na base fenomenológica a crise não é apenas sintomática e pontual, mas um processo na forma como se apresenta ao sujeito, e não como sintoma descritivo sintomático, como atua a clínica tradicional.

A dinâmica do grupo parte do pressuposto de que o fenômeno da crise é aprendido processualmente, ao qual o indivíduo passa a ser mais consciente de seu fenômeno, gerenciando-o e lidando frente a frente com o sofrimento.

4.1.2 O conceito de primeiras crises abordado

O conceito das primeiras crises mostrou similaridade em todos os documentos, em sua utilização do termo “do tipo psicótico”.

“Do tipo psicótico” é visto como inovador ao campo da psiquiatria tradicional. Neste sentido, vem desencadeando pesquisas para caracterização e consolidação desse termo no grupo. Portanto, na clínica desenvolvida pelo GIPSI essa especificação da crise mostra-se como base e direcionamento de suas estratégias clínicas, se mostrando como um

diferencial no cotidiano do trabalho, que vem sofrendo mudanças progressivas positivas com o decorrer das pesquisas e estudos.

Observa-se que inicialmente falava-se deste termo de forma um pouco limitada. No entanto, atualmente, o grupo justifica e defende o seu uso de forma mais ampla e melhor estruturada teoricamente, como visto em análise. Esta evolução é apresentada na Figura 3, com a evolução histórica da abordagem utilizada pelo grupo. a seguir. Essa justificativa e análise foram possíveis devido à leitura dos documentos terem ocorrido de forma cronológica, o que favoreceu o reconhecimento de aspectos históricos.

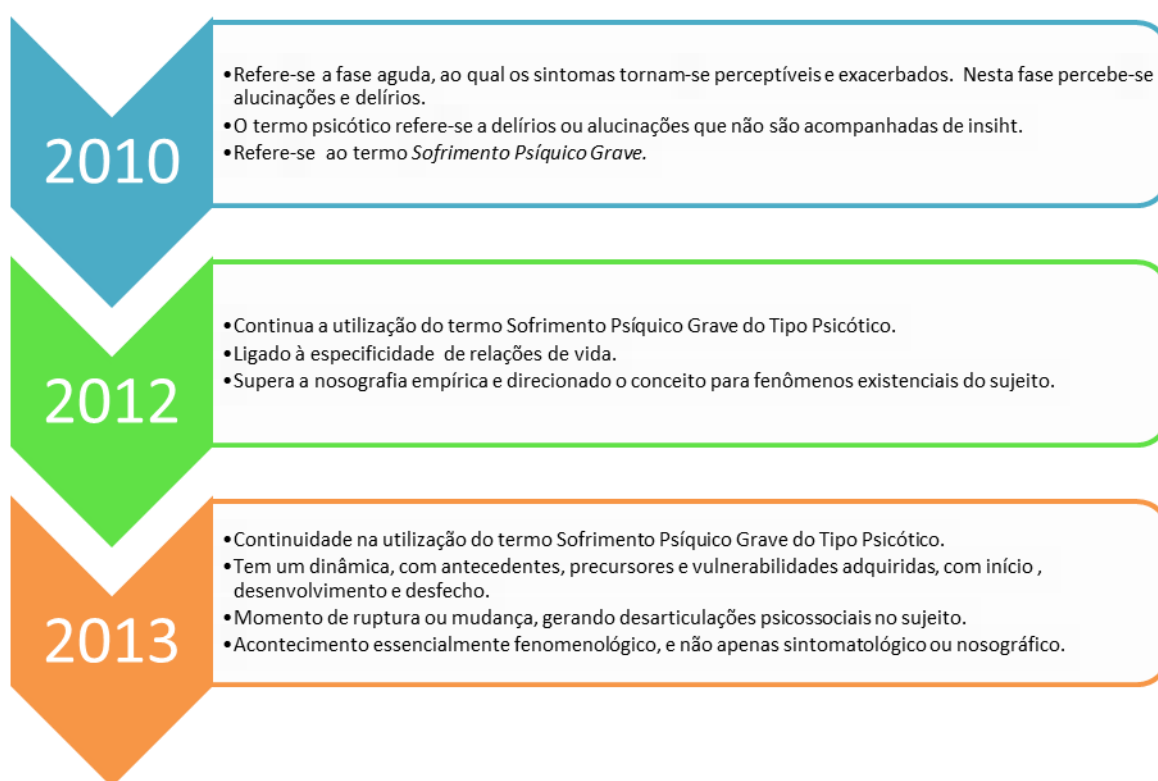


Figura 3 – Evolução do significado do termo “do tipo psicótico”.
Fonte: Pesquisa.

Isto é explicado de acordo com as citações encontradas nos documentos analisados. O Grupo utiliza o termo explicando-o mais pela sua vivência, do que pela sua contextualização teórica. Porém, ao longo do tempo, percebe-se amadurecimento no modo de entender e explicar o que se entende “do tipo psicótica”.

Com relação a essa afirmativa, podemos exemplificar que no *Manual*, de 2010, cita-se que o termo do tipo psicótico:

Refere-se à fase prodrômica e aponta para dois aspectos fundamentais: O conceito de primeiras crises abordado nos documentos assemelham-se pelo 1) A vivência pode ser intensa, típica de um momento existencial, porém diferente do padrão da própria pessoa, que pode evoluir ou não para uma desorganização maior da atividade psíquica e, 2) neste momento específico ainda estão preservados os potenciais de retorno a uma atividade menos sofrida e, portanto, não necessariamente psicótica à priori (p. 22).

Conforme exposto na Figura 3, apresentada anteriormente, os documentos começam a utilizar então o termo “sofrimento psíquico grave”, exemplificando aquela crise, do tipo psicótico, justificado por estar relacionado à fase prodrômica, ao qual não necessariamente evoluirá para uma psicose. Dessa forma, os documentos abordam que esse sofrimento é inerente ao ser humano e ocorre naturalmente, sendo exposto nas pessoas ou nas relações.

Dessa forma, os documentos passam então a abordar a crise do tipo psicótica como um sofrimento que afeta também todas as áreas da vida do sujeito, alterando suas relações afetivas, prejudicando sua funcionalidade e produções do intelecto.

No *Capítulo 1 do Livro 2*, o conceito do termo é explicado pelos autores como: “toda a angústia intensa na existência do sujeito, não privilegiando o sintoma como forma única de sua expressão, mas, e principalmente, como especificidade do momento de relações de vida, o que possibilita o retorno às relações de forma menos sofrida” (p. 131).

Assim, a análise dos documentos referindo as crises do tipo psicótica, explicam também que esta vivência apesar de ser um sofrimento, torna-se também um momento de construção de processos de individualidade e das relações sociais do sujeito, mostrando que o grupo passa a referir ‘*do tipo psicótica*’ como uma forma de estar e não necessariamente ter uma doença.

Todos os documentos caracterizam as crises como “do tipo psicótica”, caracterizando a crise pela presença de pródromos e vista como um fenômeno complexo, justificados pela maneira que os documentos abordam a crise do tipo psicótica, como um acontecimento fenomenológico.

Adiante, o conceito de primeiras crises começa a expandir-se, caracterizado pelo modo como os documentos trazem adições aos seus significados. Por exemplo, anteriormente, a crise era um fenômeno complexo que ataca e ameaça a segurança e o controle do sujeito que a vivencia. Nesse documento, a crise afeta o sujeito. Posteriormente, a crise passa a afetar não só o sujeito que a vivencia. Os documentos explicam que a vivência deste sofrimento é expressa em relações de cunho afetivo, social e

cultural, afetando as redes do sujeito.

O *Livro 1* explica ainda, com relação a isso, com relação às adições dos significados da crise, caracterizando a vivência do sofrimento psíquico ainda como um fenômeno transcultural e trans-histórico. Este documento trás a ideia de que o processo da crise afeta também “as dimensões sociais de vida do sujeito” (p. 131).

Dessa forma, entendemos que o sofrimento psíquico além de afetar todas as esferas da vida do sujeito que o vivencia, afeta o próximo também. Além disso, observa-se que o modo de ver a crise vai evoluindo e com isto, passa-se a entender que a vivência de uma crise do tipo psicótica reflete também em perdas.

Isto é observado no *Projeto 1*, ao qual a crise é interpretada como “uma vivência que remete a um quadro psicopatológico que prejudica a relação com o outro, além de ser um momento de perdas de suas funções e papéis sociais” (p. 2).

Este fato nos mostra que a crise passa a fazer parte de um fenômeno que abrange todas as áreas da vida do sujeito que a vivência. Assim, observa-se que o fato de ocorrer evolução na maneira de compreender a crise de forma mais completa, pode ser justificado pelo fato de existir uma equipe interdisciplinar no GIPSI, significando o fato de cada profissional direcionar seu olhar para uma esfera diferente da vida do sujeito.

Observa-se que a construção do grupo e a forma de entender conceitos e pensar em estratégias de intervenção estão em constantes mudanças. Esse fato pode ser justificado pela lógica de funcionamento do próprio grupo, baseada em pesquisa, clínica e extensão, fatores que favorecem evoluções.

4.1.3 A utilização da abordagem clínica das primeiras crises

Outro ponto que foi analisado é caracterizado pelas abordagens clínicas das primeiras crises. O GIPSI começou numa base funcionalista e pontual, baseada em serviços de intervenção precoce que acontece em outros países, abordados no *Manual*. A abordagem adotada pelo GIPSI diferencia-se de outras clínicas no mundo, pois parte do pressuposto de que apesar de ser uma intervenção precoce, o sujeito inicialmente entra em contato com o grupo e, além da intervenção ser feita precocemente, é realizada também na própria vivência da crise.

A partir disso, tendo como abordagem principal aquela baseada na intervenção precoce, cada documento diferencia-se pelo fato de estarem ligados a contextos diferentes

do sujeito, como o psicossocial, familiar, do desempenho ocupacional, relações sociais e contexto individual.

Observa-se que a abordagem da intervenção precoce também foi ganhando acréscimos em sua clínica, devido à interdisciplinaridade da equipe, assim como outros fatores discutidos anteriormente. Com relação a isto, os documentos iniciam a inserção das redes sociais, do desempenho ocupacional e do acolhimento territorial como proposta. Ou seja, intervenção é ampliada para o cuidado na relação com o ambiente e na dinâmica dos sistemas do sujeito.

A partir deste fato, observa-se que as redes sociais do sujeito tem papel fundamental no cuidados às primeiras crises do tipo psicótica, visto que este cuidado, de acordo com o *Projeto 1*, necessita de:

Conhecer como as pessoas vivem, moram, quem são as pessoas com as quais convivem, como são suas relações, seus laços, seus desejos, suas necessidades, suas atividades diárias, seus eventos de cultura e lazer, dentre outros; além de entende os serviços governamentais existentes em sua localidade (p. 2-3).

Adiante, observa-se também que há mais evoluções na intervenção precoce. As intervenções começam a ser voltadas também para a redução de incapacidades, acrescentando à clínica do GIPSI o acompanhamento do sujeito na sua vivência de crise do tipo psicótica e a necessidade de reconstrução de seus papéis sociais, valorizando suas relações (sujeito-família-ambiente).

Suas intervenções passam a abranger também o território do sujeito, a partir de visitas domiciliares e clínica de redes. As práticas de intervenção voltam-se para acolhimento e desenvolvimento de estratégias substitutivas, articulação dos aspectos de vida do sujeito e de seu cotidiano, intervenção em uma nova ordem social ao fim da crise, acolhimento no território, visita domiciliar e clínica da rede (utilizando o mapa de rede e o ecomapa).

4.2 Possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional no GIPSI

A abordagem da Terapia Ocupacional também foi observada cronologicamente nos documentos e literatura do GIPSI. A primeira literatura que cita a Terapia Ocupacional foi o *Manual* (2010). Desde então, esta área vem sendo abordada em alguns documentos como descritos na Figura 4, a seguir.



Figura 4 – Abordagem da Terapia Ocupacional nos documentos do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica – GIPSI.
Fonte: Pesquisa.

Observa-se que dos onze documentos analisados, quatro referem aspectos da atuação do Terapeuta Ocupacional no GIPSI e possibilidades de intervenções nas primeiras crises do tipo psicótica.

A Terapia Ocupacional no GIPSI surgiu de forma ocasional, em função da participação da professora Nazareth Malcher, orientadora desta pesquisa, em 2007, como

Terapeuta Ocupacional da rede, e posteriormente como discente da Pós-Graduação, em seguida com a sua inserção no curso de mestrado.

Desde então, a Terapia Ocupacional faz parte da equipe do GIPSI. Em 2012, com a efetivação desta profissional como professora substituta do curso de Terapia Ocupacional do *campus* Ceilândia, da Universidade de Brasília (UnB), a área da Terapia Ocupacional passou a ter uma equipe, por meio do *Projeto 1*, ao qual integrou-se as ações de extensão, clínica e pesquisa os alunos de graduação do curso de Terapia Ocupacional desta instituição de ensino.

A inserção e atuação da Terapia Ocupacional no GIPSI mostram-se de forma processual e, gradativamente, estão sendo desenvolvidas ações no grupo.

As abordagens descritas da Terapia Ocupacional apresentadas na análise documental estão contextualizadas pela Figura 5 e estão descritas ao longo deste capítulo.



Figura 5 – Abordagens da clínica da Terapia Ocupacional
Fonte: Pesquisa.

As intervenções da Terapia Ocupacional, de acordo com os documentos, tem por base as ações de cunho psicossocial, são descritas através das proposições da clínica ampliada, expandindo suas intervenções para um olhar diferenciado ao sujeito que sofre. Quanto a isto, observa-se no *Manual* que, apesar de não citar diretamente a Terapia Ocupacional, o documento aborda o atendimento psicossocial, referindo como um dos

tipos de atendimentos utilizados e priorizados pelo grupo.

As ações baseadas em abordagens psicossociais são abordadas ainda no *Livro 1*, citando os objetivos da reabilitação psicossocial como “aumentar habilidades ou diminuir desabilidades e diminuir a deficiência” (p. 136). Além de abordar que possui como objetivos secundários a reinserção nos âmbitos social e de vida produtiva.

Os documentos abordam essa intervenção como promotoras de ações de cunho psicossocial, que possibilitam a escuta qualificada, a expressão da crise, o desempenho de habilidades, o exercício da cidadania, emancipação, autonomia e ampliação do cuidado. Este, por sua vez, como explicado em figura anteriormente, foi o documento que mais cita a Terapia Ocupacional.

Dos aspectos da clínica da rede, o *Livro 1* completa as abordagens do Campo Psicossocial, justificado pela forma como explica o papel das redes na clínica das crises do tipo psicótica. Quanto a isso, explica-se que a reabilitação:

Deve estar amparada em princípios como a noção do território e a desinstitucionalização (e não somente a desospitalização) deve considerar a rede significativa e de serviço social e um cuidado integral, promovendo continuamente espaços de autonomia, cidadania e “empoderamento” em si (p. 138).

Dessa forma, observa-se também que o *Livro 2* aborda a importância das intervenções nas redes e no território. Suas abordagens nas primeiras crises são "acompanhamento médico, clínico, psicológico individual e familiar, terapêutico ocupacional, entendimento da rede significativa, mapeamento territorial, contexto ocupacional, dinâmica relacional com o territorial" (p. 185), justificados pelo fato de que “o território é considerado um ambiente onde há desenvolvimento de ações coletivas e de saúde” (p. 183). Para o GIPSI “o território e a territorialidade estão em constantes transformações e fazem parte da complexidade nas situações de crise de um sujeito” (p. 183-184).

As propostas da Terapia Ocupacional têm como base a atividade no auxílio dos aspectos do cotidiano dos sujeitos. De acordo com o *Livro 2*, essas ações “abordam o cotidiano de cada sujeito e favorece um cuidado no entendimento da complexidade, da singularidade e do cotidiano da crise” (p. 137), aos quais alteram a funcionalidade do sujeito.

Quanto a isto, os documentos referem que as abordagens da Terapia Ocupacional

são pautadas numa clínica que tem a atividade como base para o auxílio dos aspectos do cotidiano do sujeito em crise, que refletem em sua funcionalidade no desempenhar de suas ações de vida prática e vida social. O *Projeto 2* discute sobre isso:

A clínica da terapia ocupacional tem como base a atividade no auxílio dos aspectos do cotidiano dos sujeitos, para que progressivamente se desenvolvam em uma rotina de independência, autonomia e bem estar. Para isso, são utilizados recursos, a partir das especificidades de cada sujeito e o contexto, através de atividades auto expressivas, atividades lúdicas, atividades de inserção e reinserção social, atividades adaptativas, atividades de habilidades, entre outras (p. 1).

Com relação aos aspectos do desempenho de papéis sociais, observa-se, por meio dos documentos, a partir de avaliações próprias da profissão, a Terapia Ocupacional investiga a Capacidade e Desempenho Ocupacional do sujeito durante a crise e após o seu acontecimento, com momentos de avaliação e reavaliação. O protocolo usado – Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (em inglês, *Canadian Occupational Performance Measure* – COPM), ao qual aborda três esferas de vida do sujeito (auto cuidado, produtividade e lazer), é explicado no documento *Projeto 2*, ao qual cita:

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) é um protocolo de avaliação que objetiva avaliar demandas do sujeito por meio de suas percepções com relação aos desempenhos das atividades de vida diária (AVD), auto-cuidado, socialização, trabalho, lazer, mobilidade, entre outros (p. 10).

O *Projeto 1*, apesar de não citar especificamente o nome Terapia Ocupacional, é especificamente um projeto de pesquisa e extensão da profissão, como descrito anteriormente, e que aborda as práticas de intervenção dos estagiários, ligados ao fator dos aspectos do desempenho de papéis sociais. O *Projeto 2* justifica ainda que “as primeiras crises do tipo psicótico afetam aspectos do desempenho de atividades, alterando a rotina e cotidiano dos sujeitos” (p. 03).

Para isto, o *Projeto 2* explica que deve ser feito um levantamento de aspectos da vida dos sujeitos, investigando questões de seu cotidiano, suas demandas, habilidades, entre outros. As propostas de intervenções são, de acordo com o documento, realizadas pelos alunos bolsistas participantes do projeto.

Esse projeto relata que a profissão utiliza de abordagem colaborativa, ao qual os sujeitos identificam e compartilham fatores de seu cotidiano que necessitam atenção. Esses fatores são abordados como exemplificados abaixo na Figura 6, a seguir:



Figura 6 – Subdivisão dos processos de Desempenho Ocupacional.
Fonte: Silva, 2012.

Quanto aos aspectos cognitivos, os documentos referem que a abordagem da Terapia Ocupacional promove o desempenho das habilidades cognitivas, que são ações que o sujeito utiliza para o planejamento de suas atividades. Neste âmbito, o Terapeuta Ocupacional realiza suas ações nesta área para avaliar o planejamento, a sequência e organização do sujeito ao realizar determinada atividade após a vivência de uma crise do tipo psicótica. Os documentos abordam que a atividade é um processo simbólico do sujeito, e essas ações são desenvolvidas como parte do projeto terapêutico ocupacional.

Observa-se a relevância dos cuidados da Terapia Ocupacional ligado aos aspectos citados, nos documentos analisados, pois conduz que as crises afetam o desempenho ocupacional dos sujeitos, refletindo em seu cotidiano e em suas relações.

Após a análise e discussão dos resultados, se observa que a Terapia Ocupacional tem espaço dentro da equipe do GIPSI, suas intervenções tem resultados significativos baseados nos documentos analisados do GIPSI e embasamento da literatura sobre a profissão, e as demandas para as intervenções no campo da Terapia Ocupacional no cuidado às primeiras crises do tipo psicótica existem. No entanto, alguns aspectos de suas práticas ainda estão em construção.

Isto pode explicar-se pelo fato de que o reconhecimento dessa profissão como participante da equipe do GIPSI, tem suas práticas voltadas para outros olhares e, que ainda desconhecida por alguns membros do Grupo pelo processo contínuo da prática dessa área.

Finalmente, através dos documentos analisados mostraram pontos relevantes em comum (Figura 7), ao qual se fazem relevantes descrevê-los, como:

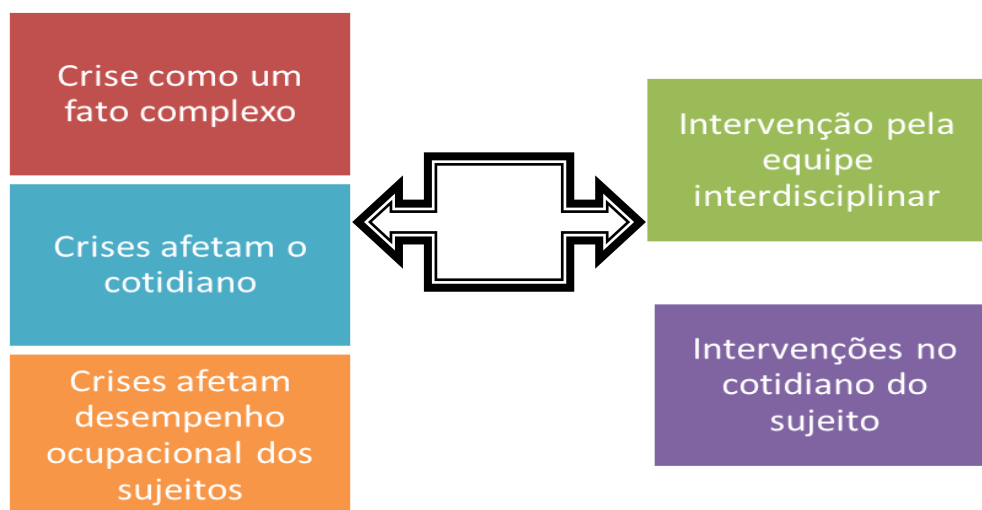


Figura 7 – Aspectos relevantes comum nos documentos analisados.
Fonte: Pesquisa.

Os aspectos citados são relevantes, pois apresentam questões inovadoras na clínica do cuidado, mas principalmente por levantarem o processo de crise como do cotidiano e das diversas áreas de vida prática, e identificando assim, alguns aspectos da importância da participação do Terapeuta Ocupacional nesta clínica.

No entanto, percebe-se que todo este processo ainda encontra-se em construção, pois as atividades da profissão estão de forma processual nas intervenções junto aos sujeitos que vivenciam as primeiras crises do tipo psicótica.

Porém, através dos Projetos de Ação e Projeto de Pesquisa e Extensão, a profissão tem ganhado espaço, com possibilidades de desenvolvimento de ações e reconhecimento, acrescentando e somando aspectos positivos à clínica do GIPSI. Gradativamente, assim como a contextualização de crise e as estratégias clínicas do GIPSI, a abordagem da Terapia Ocupacional também se desenvolve progressivamente dentro referido Grupo, bem como evidenciado nos documentos, começando a ser vista como parte integrante e participante da equipe interdisciplinar dentro do grupo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivos pesquisar e descrever as possibilidades da Terapia Ocupacional no contexto do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica (GIPSI), possibilitando reflexões sobre esta temática, a fim de desenvolver estudos posteriores sobre a clínica da Terapia Ocupacional nas primeiras crises do tipo psicótica.

A prática clínica da Terapia Ocupacional é requerida no campo da saúde mental, pois o terapeuta ocupacional deve intervir também no momento da crise, pois este é o ponto central do sofrimento do sujeito, no qual o terapeuta poderá utilizar este momento de crise para intervir, facilitando para que o sujeito elabore contextos que não são expostos em outros momentos, referindo que é um momento de crescimento e busca de suas individualidades, sendo processos complexos do sujeito.

Foi possível perceber que no GIPSI as intervenções do Terapeuta Ocupacional tem espaço no contexto do grupo. No entanto, o terapeuta ocupacional ainda encontra algumas dificuldades no reconhecimento de suas práticas em serviços pelo momento de início de efetivação das práticas, a partir do início de projetos de extensão, que possibilita alunos de Terapia Ocupacional no cotidiano do grupo. Porém, apesar destas dificuldades, as práticas do Terapeuta Ocupacional mostram-se possíveis e relevantes no cuidado aos sujeitos que vivenciam as primeiras crises do tipo psicóticas neste Grupo.

Isso é percebido, pois as primeiras crises do tipo psicóticas afetam aspectos do desempenho de atividades, alterando a rotina, o cotidiano e os papéis sociais dos sujeitos. Neste contexto, a Terapia Ocupacional poderá desenvolver estratégias que auxiliem a equipe interdisciplinar junto às demandas dos sujeitos que vivenciam o sofrimento psíquico grave nas primeiras crises.

Tal processo de sofrimento e crise afeta e altera a dinâmica de vida ocupacional e prática do sujeito alterando questões cognitivas, de relações sociais, de cotidiano de papéis sociais e do desempenho ocupacional. Observou-se que apesar dos estudos realizados sobre as crises e as práticas desenvolvidas pelo GIPSI, o campo do terapeuta ocupacional, se faz necessário mais estudos gerando novas reflexões das perspectivas deste profissional no cuidado das primeiras crises.

Apesar de suas particularidades na forma de atuar nas primeiras crises, o GIPSI utiliza ainda abordagens teóricas tradicionais de outros grupos. Isto é claramente visto em

seus documentos, através das referências feitas. Dessa forma, observa-se que o GISPI, além de ter uma clínica inovadora, deve continuar pensando em novas estratégias de intervenção, buscando sempre ampliar suas práticas.

Nota-se que a Terapia Ocupacional realiza suas ações dentro do grupo, a partir de aspectos da clínica da rede, da funcionalidade, do desempenho de papéis sociais e dos aspectos cognitivos. Suas intervenções são feitas através de atividades que facilitarão o exercício da cidadania, emancipação, autonomia e ampliação do cuidado, no qual o Terapeuta Ocupacional atua como facilitador deste processo junto aos sujeitos em crise.

Quanto a isso pode-se dizer que a Terapia Ocupacional tem um papel muito importante no grupo, baseadas em contextos de vida prática do sujeito, auxiliando em suas relações sociais e sua relação com a crise.

Na clínica da saúde mental, o sujeito que vivencia uma situação de crise participa de processos de enfraquecimento ou perda das relações sociais nessas áreas de atuação. Sabe-se que a Terapia Ocupacional dentro do GIPSI pode intervir para minimizar os efeitos dessa perda, buscando autonomia do sujeito e reinserção social, baseadas nas áreas de atuação do sujeito: Atividades de Vida Diária (AVD), educação, participação social, lazer, trabalho, entre outros, sendo estas as abordagens da Terapia Ocupacional dentro do GIPSI, mostradas nos documentos. Por isso a importância de realizar projetos de extensão no GIPSI, visto que este campo estará em constante pesquisa e os alunos estarão realizando atendimentos.

A partir dos resultados e discussão apresentados neste estudo foi possível responder a questão de pesquisa afirmando que seja possível a intervenção da Terapia Ocupacional no cuidado aos sujeitos que vivenciam as primeiras crises do tipo psicótica e que suas práticas mostram-se relevantes no estudo de caso sobre o cotidiano do GIPSI, na qual atua no cuidado clínico desses sujeitos.

Apesar de este estudo apresentar resposta a questão de pesquisa, ainda se observa a falta de mais atividades clínicas e de pesquisa no campo da Terapia Ocupacional dentro do GIPSI. O grupo apresenta um trabalho de clínica e pesquisa ao longo de 12 anos e funciona originalmente no campo da psicologia, e focado especificamente em intervenções psicoterapêuticas. Os documentos que referem a inclusão da Terapia Ocupacional ainda se mostram como processo de implantação no cotidiano do Grupo.

Observou-se a partir da análise documental que o grupo necessita de mais estudos publicados sobre suas abordagens, pois as publicações sobre a temática ainda são poucas.

Este fato nos leva a pensar que seria interessante para o crescimento do grupo mais publicações, estudos de caso, mais estudos sobre a conceitualização de sofrimento psíquico grave e crises do tipo psicótica.

Assim, considera-se que este estudo poderá estimular para a Terapia Ocupacional no cuidado juntos aos sujeitos que vivenciam as primeiras crises do tipo psicóticas, visto a importância de suas ações neste campo.

REFERÊNCIAS

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, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 299-307, jan./mar. 2011.

ALVES-MAZZOTTI, Alda. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, v. 36, n. 129, set./dez. 2006.

AMARANTE, P. D. C. Reforma Psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde.

Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2013.

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

CARVALHO, I. S.; COSTA, I. I.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da Crise. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. VII, n. 1, p. 163-189, mar. 2007.

CHAVES, A.; LEITE, S. **Fases iniciais da psicose: a experiência do programa de atendimento e pesquisa no primeiro episódio psiquiátrico**. São Paulo: Roca, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. **Terapia Ocupacional/Definição**. 2013. Disponível em:

<http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=46>. Acesso em: 10 out. 2013.

COSTA, I. I. **Adolescência e primeira crise psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave**. 2006. Disponível em:

<http://www.awmueller.com/deposito/prevencao_psicoses.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Alguns conceitos centrais para a compreensão do sofrimento e da crise psíquica grave. In: _____. **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013.

_____. Crises psíquicas “do tipo psicótico”: distanciando e diferenciando sofrimento psíquico grave de “psicose”. In: _____. e cols. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem completa**. Brasília: Kaco Gráfica e Editora, 2010.

_____. Delimitação e gerenciamento da crise psíquica grave: em busca de parâmetros. In: _____. **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013.

_____. e cols. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem completa**. Brasília: Kaco Gráfica e Editora, 2010.

_____. e cols. **Manual de orientação do GIPSI – Grupo de Intervenção precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico**. Brasília: Kaco Gráfica e Editora, 2010.

_____.; MANO, R. P. História do GIPSI e seus resultados. In: COSTA, I. I. **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013.

COSTA, M. S. Construções em torno da crise. Saberes e práticas na atenção em Saúde Mental e produção de subjetividades. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 59, n. 1, 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Trad. de Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DALMOLIN, B. **Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 214 p.

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

DELL’ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha, 1991.

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

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, 2007.

FERRARI, S. M. L. Terapia Ocupacional: a clínica numa instituição de saúde mental. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 14, n. 2, 2006.

FONSECA, M. A. A prática do terapeuta ocupacional em saúde mental a partir de uma perspectiva não excludente e de respeito às diferenças. In: DRUMMOND, A. F., REZENDE, M. B. (Org.). **Intervenções da Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

FONTENELLE, A. S. **Sujeitos em crise: estratégias de intervenção de profissionais em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – II**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2010.

GOZZI, A. P. N. F. **O processo de trabalho do terapeuta ocupacional na rede de saúde mental: focalizando a avaliação inicial**. São Carlos: UFSCar, 2013.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HOUAISS, A.; VILAR, M. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

INTERNATIONAL EARLY PSYCHOSIS ASSOCIATION – IEPA. Disponível em: <<http://www.iepa.org.au/default.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

LAW, M.; BAPTISTE, S.; CARSWELL, A.; ANN MCCOLL, M.; POLATAJKO, H.; POLLOCK, N. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Trad. de A. Cardoso e L. Magalhães. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

LIMA, E. F. M. A. A saúde mental nos caminhos da Terapia Ocupacional. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 117-122, jan./mar. 2006.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 448-456, mai./jun. 2006.

MÂNGIA, E. F; NICACIO, F. Terapia Ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. (Orgs.). **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

MARIO, R. L. N. Manejo clínico do primeiro episódio Psicótico. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 22, supl. I, p. 45-46, 2000.

MCGORRY, P. D.; EDWARDS, J. **Intervenção precoce nas psicoses**. Melbourne: Janssen-Cilag Farmacêutica, 2002.

MEDEIROS, M. H. R. Saúde mental e a Terapia Ocupacional: contexto atual. **Cad. Ter. Ocup. UFSCAR**, v. 5, n. 1, 1994.

MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. **Vita et Sanitas**, Trindade, v. 2, n. 2, 2008.

PEREIRA, M. E. C. **Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea**. Rev. Latinoamericana de Psicop. Fund. VII, n. 3, 113-116, set/2004.

PIMENTEL, A.; OLIVEIRA, I. B. S.; ARAÚJO, L. S. (Orgs.). **Pesquisas qualitativas em Terapia Ocupacional**. Belém: Amazônia Editora, 2009.

PROPOSTA de ações de Terapia Ocupacional no GIPSI. Brasília, 2013.

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

SILVA, M. N. R. M. O. **Cuidando de sujeitos em primeiras crises do tipo psicótica pela lógica das redes sociais e do cotidiano**. Brasília, 2012.

_____.; COSTA, I. I. (Redes) Cobrindo relações no sofrimento psíquico grave: cronicidade e possibilidades. In: COSTA, I. I. e cols. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem completa**. Brasília: Kaco Gráfica e Editora, 2010.

_____. e cols. Capacidades e desempenho ocupacional e as primeiras crises do tipo psicótico. In: COSTA, I. I. **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013.

_____. e cols. Práticas de saúde no território: cuidando de sujeitos em crise do tipo psicótica. In: COSTA, I. I. **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013.

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

TAKATORI, Marisa. A Terapia Ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. **Mundo Saúde** (Impr.) (1995), v. 25, n. 4, p. 371-377, out./dez. 2001.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB. Instituto de Psicologia. **Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses – GIPSI**. 2013. Disponível em: <http://www.ip.unb.br/index.php?option=com_content&view=article&id=74&Itemid=37>. Acesso em: 11 nov. 2013.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS – WFOT. **Definições de Terapia Ocupacional**. Trad. de Eliza Alair Baridoti *et al.* São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.salesianolins.br/areaacademica/materiais/posgraduação/Livro_TO/DefiniçõesTO.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. de Daniel Grassi . 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

_____. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – Análise de Projeto de Pesquisa – Comitê de Ética em Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Ciências Humanas
Universidade de Brasília

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Humanas
Campus Universitário Darcy Ribeiro
ICC - Centro - Mezanino, Sala B1 412

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: Estruturação de uma proposta de atenção às primeiras crises psíquicas graves a partir do modelo internacional de intervenção precoce nas psicoses

Pesquisador Responsável: Ileno Izídio da Costa

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado "Estruturação de uma proposta de atenção às primeiras crises psíquicas graves a partir do modelo internacional de intervenção precoce nas psicoses", analisado na Reunião Ordinária de 30 de julho de 2009.

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (Item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 31 de julho de 2009.

Prof. Dra. Debora Diniz
Coordenadora do CEP/IH

ANEXO B – Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)¹

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McCall, Helene Palatajko, Nancy Pollock²

Nome do cliente: _____	Idade: _____	Sexo: _____
Entrevistado: _____ (se não for o cliente)	Registro n°: _____	
Terapeuta: _____	Data da avaliação: _____	
Clinica/Hospital: _____	Programa: _____	Data prevista para reavaliação: _____
		Data da reavaliação: _____

PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Para identificar problemas, preocupações e questões relativos ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

A. Autocuidado

Cuidados pessoais
(ex.: vestuário, banho,
alimentação, higiene)

Mobilidade funcional:
(ex.: transferências, mobilidade
dentro e fora de casa)

Independência fora de casa:
(ex.: transportes, compras, finanças)

B. Produtividade

Trabalho (remunerado/não-remunerado)
(ex.: procurar/manter um emprego,
atividades voluntárias)

Tarefas domésticas
(ex.: limpeza, lavagem de roupas,
preparação de refeições)

Brincar/Escola
(ex.: habilidade para brincar,
fazer o dever de casa)

C. Lazer

Recreação tranquila
(ex.: hobbies, leitura, artesanato)

Recreação ativa
(ex.: esportes, passeios, viagens)

Socialização
(ex.: visitas, telefonemas,
festas, escrever cartas)

PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.

Importância

Importância

Importância

¹ Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira produzida por Lívia C. Magalhães, Lílian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

² Publicado pelo CADD Publishers ACE © M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M. A. McCall, H. Palatajko, N. Pollock, 2000.

PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

PASSO 4: REAVALIAÇÃO

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
Pontuação Total = $\frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{Nº de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA

Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 ___ – Pontuação do Desempenho 1 ___ = ___

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 ___ – Pontuação da Satisfação 1 ___ = ___

ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

Avaliação inicial:

Reavaliação:

¹ Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lúcia C. Magalhães, Eliran V. Magalhães e Ana Amália Cardoso.

² Publicado pelo CADT Publications ACF. © M. Law, S. Baptista, A. Corwell, M. A. Heikal, H. Polatjko, N. Pollock, 2000.

