

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL**

**MARY AUGUSTA NARDES DE OLIVEIRA**

**AS RELAÇÕES TERAPÊUTICAS OCUPACIONAIS DE UMA  
RESIDENTE EM SAÚDE MENTAL**

**Campinas**

**2022**

Mary Augusta Nardes de Oliveira

**RELAÇÕES TERAPÊUTICAS OCUPACIONAIS DE UMA RESIDENTE EM SAÚDE  
MENTAL**

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências de Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental

Orientadora: Prof. Dr. Ellen C. Ricci

**CAMPINAS**

**2022**

## RESUMO

Este trabalho nasce a partir das minhas inquietações, na busca por um maior entendimento das possibilidades de atuação da terapia ocupacional. A partir de uma necessidade de maior articulação da teoria com a prática profissional, uso da minha experiência pessoal enquanto terapeuta ocupacional, residente em saúde mental, para fazer essa articulação e pensar na sua relevância para a construção do meu processo formativo. Diante disso, este trabalho tem o objetivo de identificar quais foram as relações terapêuticas ocupacionais vivenciadas por mim nesses dois anos de residência. Se trata de uma pesquisa qualitativa com o recurso metodológico da autoetnografia, uma vez que se propõe a valorizar a experiência enquanto produtora de conhecimento, possibilitando uma reflexão sobre o impacto do trabalho para si e para os outros. Foram usados os diários de campo realizados por mim durante esse período como instrumento de análise. Tem-se então a minha atuação em dois campos diferentes (CAPS e AB), ambos pontos importantes da RAPS para a construção do cuidado em saúde mental. Mesmo sendo campos distintos, consegui identificar as potências e desafios do trabalho enquanto terapeuta ocupacional nesses lugares, pensando tanto em atuações de campo quanto de núcleo específico. No CAPS foi possível desenvolver algumas atividades que estão mais comumente ligadas ao fazer da terapia ocupacional e que discutem conceitos importantes para a profissão. Já na AB foi possível identificar alguns desafios, uma vez que existe uma falta de clareza em relação à terapia ocupacional neste campo. Porém, estar no território, na comunidade e consequentemente no cotidiano das pessoas possibilitou uma relação direta e potente com o fazer da terapia ocupacional junto da produção de vida. Por fim, tenho esses dois anos de residência como fundamentais para a construção do meu processo formativo e da busca pelo meu fazer enquanto terapeuta ocupacional, que não se encerram aqui.

**Palavras-Chave:** Terapia Ocupacional ; Saúde Mental ; Residência em saúde; Autoetnografia; Formação Profissional em Saúde.

## **ABSTRACT**

This work is born from my concerns, in the search for a greater understanding of the possibilities of occupational therapy. From a need for greater articulation of theory with professional practice, I use my personal experience as an occupational therapist, resident in mental health, to make this articulation and think about its relevance for the construction of my training process. Therefore, this work aims to identify which were the occupational therapeutic relationships experienced by me in these two years of training. It is a qualitative research with the methodological resource of autoethnography, since it proposes to value the experience as a producer of knowledge, allowing a reflection on the impact of the work for oneself and for others. Field diaries made by me during this period were used as an analysis tool. So, there is my performance in two different fields (CAPS and AB), both important points of RAPS for the construction of mental health care. Even though they are different fields, I was able to identify the strengths and challenges of working as an occupational therapist in these places, thinking both in field actions and in a specific core. At the CAPS, it was possible to develop some activities that are more commonly linked to occupational therapy and that discuss important concepts for the profession. In AB, however, it was possible to identify some challenges, since there is a lack of clarity regarding occupational therapy in this field. However, being in the territory, in the community and consequently in people's daily lives allowed a direct and powerful relationship with the practice of occupational therapy together with the production of life. Finally, these two years of residency are fundamental for the construction of my formative process and the search for what I do as an occupational therapist, which do not end here.

**Keywords:** Occupational Therapy; Mental Health; Residency; Autoethnography; Health Training.

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

TO – Terapia Ocupacional

RS – Rio Grande do Sul

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

SUS – Sistema Único de Saúde

RMSM – Residência Multiprofissional em Saúde Mental

AVD – Atividade de Vida Diária

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

MTOD – Método da Terapia Ocupacional Dinâmica

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

AB – Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

CS – Centro de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	7
2. METODOLOGIA .....	9
3. RESULTADOS/DISCUSSÃO .....	11
a) Parte um da experiência.....	11
b) Parte dois da experiência .....	17
4. CONCLUSÃO .....	25
5. REFERÊNCIAS .....	27

## 1. INTRODUÇÃO

A inquietação sobre a prática profissional da Terapia Ocupacional (TO), na busca de uma melhor compreensão sobre as diversas possibilidades de atuação, tem se desenvolvido dentro de mim, desde o início da graduação, muito intensamente. A entrada em um curso de uma profissão que, da cidade que eu venho - no interior do Rio Grande do Sul (RS) - era desconhecida pela maioria das pessoas (inclusive por mim), foi produzindo uma infinidade de perguntas e a busca incessante por respostas. A partir daí se deu o início do meu processo formativo na Terapia Ocupacional, na construção e desconstrução constante de perguntas e respostas e também na aproximação com a atuação prática dos estágios curriculares.

Depois disso, entro na Residência Multiprofissional em Saúde Mental na intenção de continuar essa busca pelo conhecimento a respeito da TO. A vivência intensa de 60h semanais na prática profissional, no cotidiano dos serviços de saúde e na relação com os usuários, junto de aulas, supervisões semanais e discussões de casos só contribuíram para o meu processo enquanto terapeuta ocupacional e na construção da “minha” terapia ocupacional.

Uma das coisas mais difíceis nos processos de formação é a articulação do que se aprende enquanto teoria com a prática cotidiana do trabalho, do ideal para o real. A partir de 2002 houve uma mudança nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC) nos cursos de Terapia Ocupacional na intenção de uma maior aproximação com a realidade dos serviços. A intenção dessa mudança era uma maior aproximação com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que são a universalidade, equidade e integralidade, visando uma formação mais generalista, fazendo com que o profissional estivesse mais próximo do espaço de vida das pessoas e que estivesse aberto para à construção de uma Terapia Ocupacional baseada na produção de subjetividades. Além disso, o processo de formação também vai sendo pensado em um espaço produtor de experimentações, diferenciações e singularidades (Contantinidis & da Cunha, 2013).

Indo ao encontro a esta ideia, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) da UNICAMP - da qual estou inserida - também vai pensando o processo formativo como um espaço de produção a partir da experiência e a legitimação do conhecimento produzido a partir das vivências de cada residente nos serviços em que

estão inseridos (Onocko-Campos et. al., 2019). Diante disso, considerando a importância da experiência vivenciada por mim, a relevância dela para a construção do meu próprio processo formativo e ainda, todas as inquietações no que diz respeito à prática profissional do terapeuta ocupacional é que surge esse trabalho, na intenção de dialogar teoria com a prática vivenciada nesses dois anos de residência e em como eu fui/estou me formando terapeuta ocupacional a partir dessas relações, partindo da experiência pessoal.

Bondía (2002) faz em seu artigo uma reflexão sobre a experiência e o conhecimento produzido a partir dela, entendo que a experiência não se constitui a partir do que se sabe sobre algo e sim compreendendo que “[...] a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca.” (p. 21). Diante do automatismo da atualidade, o autor refere que a experiência está cada vez mais rara de ser vivenciada e que para que ela seja experimentada é necessário que o sujeito pare para olhar, escutar e sentir. Requer uma abertura à atenção, à delicadeza e ao cultivo dos encontros.

O sujeito da experiência deve ser caracterizado pela sua disponibilidade e abertura à transformação, entendendo que a partir da experiência e daquilo que se passa, algo fica e é modificado naquele sujeito que estava aberto para tal. Além disso, o saber da experiência se mostra diferente do saber científico, uma vez que o saber da experiência é individual e diz respeito sobre o sentido ou um não-sentido do que foi vivido reverbera para aquele sujeito, não podendo separar-se dele. A partir dessa lógica, se produz heterogeneidade, diferenças e pluralidade.

Considerando todos esses pontos, esse trabalho demonstra sua relevância uma vez que há uma necessidade de articulação teórico/prática do fazer da terapia ocupacional, considerando sua complexidade e diversidade de atuação, além da importância da experiência para a construção desse conhecimento, baseado nas vivências subjetivas e pessoais. Além do mais, esse trabalho tem grande importância para a reflexão da minha prática enquanto terapeuta ocupacional residente nesses dois anos de vivências e o encerramento de mais uma parte do processo formativo iniciado há alguns anos.

Diante disso, o trabalho tem o objetivo de identificar as relações terapêuticas ocupacionais vivenciadas por mim durante o processo formativo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP. Através dos relatos das experiências vividas enquanto residente, nos serviços em que estive como campo de atuação nesses dois anos, o trabalho se propõe a fazer reflexões acerca do papel do terapeuta ocupacional nestes serviços e no campo da saúde mental, os conflitos do ser residente e as diversas

possibilidades de produção de vida, produção de subjetividade e de fazer clínica que fui encontrando nesse processo da experiência prática vivida.

## 2. METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa é a que consegue responder as questões mais subjetivas e é por esse motivo que a escolho enquanto metodologia, uma vez que esse trabalho se propõe a falar das minhas vivências enquanto residente terapeuta ocupacional no processo formativo. É a partir da autoetnografia, do relato da minha experiência e de todas as relações que foram sendo construídas, desconstruídas e ressignificadas durante esse processo que o trabalho vai ganhando corpo, teoria e prática vão se entrelaçando e eu, enquanto terapeuta ocupacional, vou me constituindo.

Para Minayo (2011), a pesquisa qualitativa vai se construindo como uma metodologia que foge das estatísticas e de questões mais objetivas, se preocupando com as relações e seu universo de significados, atendendo questões muito particulares. Além disso, essa metodologia vai possibilitando o acesso à experiência e a cotidianidade do trabalho, trazendo a prática e à vivência como parte desse processo de construção, e não como algo separado. Ainda para esta autora, o relato de experiência se propõe a trazer uma reflexão das ações vivenciadas em um campo profissional, pensando também em sua relevância científica.

Aprofundando também sobre essa relação direta dos afetamentos teóricos, práticos e pessoais de todo esse processo, escolho a autoetnografia como recurso metodológico, contribuindo para uma maior valorização da minha experiência enquanto produtora de conhecimento. Motta e Barros (2015) colocam que esta metodologia propicia para o autor uma maior possibilidade de reflexão sobre o impacto do seu trabalho, tanto para os outros quanto para si mesmo, unindo as partes emocional, espiritual, intelectual, moral e corporal. Os autores também vão fazendo uma classificação das características possíveis para pesquisas autoetnográficas, destacando para esse trabalho a realista-descritiva, que realça a descrição da experiência da autora com detalhes, permitindo ao leitor a reconstrução em suas mentes daquela realidade. Para eles, a pesquisa autoetnográfica permite que o autor “escreva sobre a vida de forma honesta, complexa e apaixonada”.

Os autores também destacam cinco chaves para construir um trabalho autoetnográfico. A primeira é a visibilidade para si, permitindo com que o autor se coloque enquanto parte do processo, existindo nas relações com o outro e fazendo parte daquele ambiente. A segunda chave é a forte reflexividade, propiciando uma maior reflexão de si e dessa troca com os outros sujeitos. As outras chaves são o engajamento e a vulnerabilidade, que vão falando um pouco da ideia de engajamento pessoal do autor para a efetivação do trabalho e a necessidade da abertura emocional ao escrever, envolvendo os leitores na pesquisa e tocando-os. Por fim, a rejeição de conclusões confirma a ideia de que toda essa vivência é um processo passivo de mudanças, que vai se constituindo através das relações (Motta & Barros, 2015).

No que diz respeito aos dados para a elaboração do trabalho, o recurso usado foram os diários de campo realizados durante os dois anos de residência. O diário de campo é um recurso, de uso pessoal e sistemático do pesquisador, onde se coloca as percepções diárias, as angústias, os questionamentos e tudo o que for atravessando a vivência em campo (Minayo, 2011). Sendo assim, ele vai se configurando como um instrumento potente de análise e reflexão.

O lugar que falo é de uma recém formada em terapia ocupacional inserida no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). O processo formativo da residência se dá em dois anos, no qual, por escolha metodológica desse programa em específico, o tempo de permanência em cada campo é de um ano, totalizando dois campos possíveis de atuação. No primeiro ano, minha passagem foi por um CAPS III, na região sudoeste do município de Campinas. Já no segundo ano, minha inserção se deu em um Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF), na região norte. Portanto, apesar de serem dois lugares de atuação diferentes, vou percebendo durante a experiência o quanto eles vão sendo complementares e importantes para compor minha trajetória de formação no campo da saúde mental.

Pensando em uma maior organização do trabalho, escolho separar ele em duas partes que dizem respeito a cada ano de experiência na residência, que se passaram e dois pontos diferentes da RAPS. A primeira parte fala da entrada na residência e da minha inserção no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sobre as minhas ações realizadas neste campo ao longo do ano. Já na segunda parte fala da minha inserção na Atenção Primária e também do percurso trilhado neste lugar.

### 3. RESULTADOS/DISCUSSÃO

#### a) Parte um da experiência

*Entrar na residência foi um dos maiores desafios profissionais que já passei. A faculdade de terapia ocupacional me ensinou muita coisa, mas a distância da prática durante a graduação me fez chegar na residência um tanto insegura. Embora tivesse inserida em projetos de pesquisa e de extensão na saúde mental e estar segura de que essa era a área que mais me mobilizava na prática da terapia ocupacional, a minha chegada no CAPS David Capistrano de Campinas foi a primeira vez em que estava em um serviço especializado de saúde mental para ser terapeuta ocupacional.*

Durante o período de escolha dos campos na residência, diante de tantos serviços potentes, fui me guiando *pelos* terapeutas ocupacionais como critério de escolha. Era importante para mim que o serviço que eu escolhesse como opção de permanência durante esse primeiro ano da residência fosse um serviço que a Terapia Ocupacional de destacasse e que houvesse uma identificação minha com as profissionais deste núcleo. Em vista disso, entro em um CAPS III na região sudoeste de Campinas. Este CAPS tinha 3 terapeutas ocupacionais e a gestora do serviço também era TO.

*As primeiras semanas de campo foram desafiadoras, eu me sentia um tanto “solta”. Entrar em um serviço como residente é uma tarefa bastante complexa do ponto de vista pessoal e institucional. Eu me via em um lugar totalmente desconhecido, com pessoas desconhecidas e sem saber como adentrar a equipe. A correria dos trabalhadores e a rotina intensa do serviço foram pontos desafiadores. Apesar de nunca ter feito estágio em um CAPS, sabia que uma das minhas principais entradas seria pela ambiência e foi nela que, nesse momento de chegada, acabei por ficar mais presente. A espera ativa, a escuta, a convivência e o estar junto dos usuários foram dispositivos que me permitiram adentrar ao campo da saúde mental e a clínica da terapia ocupacional de fato, a encontrar os usuários, fazer com eles, além de conseguir ir discutindo com a equipe sobre os casos, de coisas que iam aparecendo na convivência e que por questões institucionais, da alta demanda, da falta de trabalhadores suficientes e pela rotina do trabalho, os profissionais não conseguiam estar de fato naquele espaço e investir nele enquanto um dispositivo clínico.*

Pensando na lógica do trabalho no CAPS, pautado na atenção psicossocial, têm-se inúmeros dispositivos clínicos que adentraram o campo da saúde mental para contrapor

o modelo manicomial. Podemos pensar que a convivência/ambiência é um desses dispositivos, sendo reconhecida como promotora de autonomia e empoderamento. Foucault (1992) e Deleuze (1996) fazem uma reflexão acerca do termo dispositivo, entendendo este como uma relação de diferentes elementos, que se comunicam entre si e que são fonte de produção de subjetividade. Neste caso, o dispositivo se efetiva a partir da relação entre esses elementos que o compõem, tendo também como dimensão seu potencial de criação.

A partir disso, é importante entender este espaço enquanto dispositivo clínico na saúde mental, mas além disso, enquanto espaço de intervenção da terapia ocupacional, pensando na produção de vida, de subjetividades e de diferenças - todas essas, finalidades caras à profissão. A partir de sujeitos que estejam disponíveis para estar com o outro, a convivência vai tomando forma e possibilitando que esses sujeitos se constituem através dessa relação (FERIGATO et. al., 2016).

O ato de conviver, além de possibilitar a constituição dos sujeitos a partir da sua relação com os outros sujeitos, ela também produz sua constituição na relação com o ambiente, com os pensamentos e com as coisas, levando em conta as limitações e potencialidades individuais de cada um. Diante disso, a convivência contribui para a produção de redes afetivas e a produção de heterogeneidade, rompendo o pensamento hegemônico de produção de saúde, possibilitando a produção de vida (FERIGATO et. al., 2016).

*A partir disso, eu ia reconhecendo nesse espaço da ambiência um lugar potente de estar e fazer clínica, porém algumas coisas iam me causando estranhamento. Por conta da pandemia de COVID-19 as portas do serviço estavam, literalmente, fechadas. A entrada dos usuários era controlada e o uso do dispositivo de permanência dia e noite eram regulados, então percebia-se que esta ambiência ficava um lugar, muitas vezes, esvaziado. Não tinha pessoas para conviver, os usuários estavam fora dos portões e o espaço do CAPS era ocupado por poucos, não havia grupos e o serviço, que era pra ser territorial, acabava funcionando em um modelo ambulatorial.*

*À medida que o tempo ia passando o que estava mais “solto” começou a ficar mais amarrado. A minha composição em uma mini equipe e uma dupla de referência veio junto de algumas responsabilidades. Neste momento começo a entrar em atendimentos de referência, a ficar responsável junto de outro profissional por um plantão semanal e a pensar nos atendimentos individuais do núcleo da terapia ocupacional. Além disso, fui*

*me inserindo nos cuidados de uma das moradias (SRT) que era de referência do serviço e fui bastante tomada por essa possibilidade de atuação.*

*Assim como várias outras coisas, o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) era uma novidade para mim. De forma bastante natural fui me aproximando das profissionais referências da casa e de um dos moradores, que ia todo dia ao CAPS para tomar sua medicação. Assim como a ambiência me aproximou da saúde mental, estar ativamente na moradia foi me aproximando do fazer da terapia ocupacional de uma maneira bastante intensa e complexa. Estar com os moradores semanalmente nas assembleias da casa, pensar junto nas suas rotinas, trabalhar a autonomia deles em relação aos seus benefícios, fazer as compras da casa, estar e circular pelo território, oportunizar momentos de convivência e formação de vínculo entre eles, refletir sobre o pertencimento de cada um com aquela casa e com suas coisas pessoais foram me ajudando a desenvolver um raciocínio clínico da TO, baseado no cotidiano e na produção de vida.*

Galheigo (2003) traz uma discussão importante para o campo da Terapia Ocupacional que diz respeito ao conceito de cotidiano para as práticas da profissão, ampliando a discussão, que até então, tinha seu fazer baseado nas Atividades de Vida Diária (AVD). Trazer o cotidiano para a cena da intervenção da terapia ocupacional permite que adentramos no contexto social e cultural em que aquele sujeito vive, nos significados das atividades que ele realiza, nas relações que estabelece e na sua história de vida, rompendo com o caráter positivista.

Para além da importância de pensar o cotidiano para a terapia ocupacional, o termo também se faz significativo para a Atenção Psicossocial, pensando na lógica da desinstitucionalização, da participação e da autonomia. A incorporação das SRTs na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) foi um importante marco. Inicialmente para os egressos dos hospitais psiquiátricos, mas hoje também para as pessoas com sofrimento psíquico que, não necessariamente já passaram por uma internação, mas, necessitam de moradia.

A partir da atenção psicossocial, que tem no seu modelo de atuação a ampliação de redes sociais, a construção de vínculos, o exercício da cidadania, o direito à moradia e ao trabalho, as SRTs são um ponto importante de atuação. Junto dos moradores se torna possível uma prática pensada na ampliação do cotidiano, no exercício da autonomia, no poder contratual, pensando também nos desejos e habilidades do morar. A proposta é pensar no habitar, para além do morar somente estrutural, permitindo uma ampliação

desse conceito, estabelecendo significados e relações com aquele espaço, com as pessoas e com a comunidade, pensando na apropriação simbólica, emocional e material dos sujeitos (MÂNGIA & RICCI, 2011).

Ferigato et. al., (2016) falam sobre as intervenções da terapia ocupacional nas SRTs, que dizem respeito a ofertar meios para que os moradores possam pensar nos seus projetos de vida e construir novas formas de conseguirem se relacionar, buscando sempre romper possíveis padrões normativos. Dentre as possibilidades, estariam intervenções na casa e no espaço do morar, intervenções junto do grupo de moradores e de cada sujeito em individual, realização de atividades externas e junto da comunidade, além também de um trabalho interno na equipe de profissionais, firmando uma posição ética e política da terapia ocupacional.

*Diante disso, era da nossa rotina na casa fazer as assembleias semanais, buscando a participação dos moradores nas tomadas de decisões, fazer as compras semanais do mercado, pensar no cardápio de almoço e janta, decidir quanto cada um contribuiria em dinheiro para as compras, dividir os afazeres da casa (levar o lixo, lavar a louça, lavar as roupas, cuidar da gata), aprender juntos a fazer coisas novas e também lidar com os conflitos que à convivência ia gerando no grupo. Para além disso, também tinha o trabalho para dentro da equipe com reuniões, discussão de casos e combinados que iam sendo feitos e refeitos à medida do tempo.*

*Passando um pouco mais do tempo e com a flexibilização do isolamento da por conta da pandemia de COVID-19, surge então a possibilidade de voltar com alguns grupos no serviço, ainda com o número de participantes limitado e cumprindo algumas medidas sanitárias. Neste momento, vão acontecendo movimentos dentro da equipe para essa retomada, seja na criação de novos grupos ou retomada de grupos que já existiam no serviço antes da pandemia. O ateliê, historicamente coordenado por terapeutas ocupacionais, foi um dos grupos que começou a ser pensado e pedido, tanto pelos profissionais quanto pelos usuários. Eu nunca havia participado de um ateliê, mas ouvia de muitos TOs, de outros profissionais e dos próprios usuários do quanto era um espaço potente clinicamente. Movida pelo meu interesse na descoberta da terapia ocupacional, me disponho, junto de outra TO, para fazermos então o ateliê semanalmente.*

A utilização do grupo como um dispositivo clínico na saúde mental vem para potencializar o cuidado, principalmente dentro dos CAPS. Na busca de superar o modelo manicomial, na promoção de espaços de produção de encontros, com trocas de experiências que visam a desinstitucionalização e a inserção social, é que os grupos

entram enquanto estratégia de cuidado, deslocando o cuidado centrado na doença para o cuidado centrado na produção de subjetividades. Para além disso, os grupos se tornam um lugar de troca de experiências, de acolhimento ao sofrimento, de suporte e de estímulo à participação social (LIMA, 2004; CASTRO et. al., 2017).

A terapia ocupacional, assim como o campo da saúde mental, também vai encontrando no grupo um espaço potente de construção e de possibilidade de intervenção, principalmente por meio das atividades. Ao fazer a atividade em grupo, possibilitamos que essa atividade, que já tinha um significado individual para o sujeito, ganhe possibilidades de outras significações e o compartilhamento desses sentidos. Além disso, há nesse dispositivo a possibilidade de encontros, de experimentação do fazer juntos e de criação de redes (SEMEA, 2002).

*Assim como eu, a outra TO também nunca havia feito um ateliê em seu percurso profissional, sendo assim, tivemos um momento, antes de iniciarmos, intenso de estudo, de troca e de planejamento, buscando encontrar um modelo de ateliê que nos identificasse. Fazer o ateliê foi um grande desafio, pensar se seria fechado ou aberto, se faríamos uma atividade todos juntos ou se cada um faria a sua, pensar no tempo de duração, na quantidade de participantes, em como faríamos o convite, no que faríamos com as atividades feitas, no espaço físico que tínhamos, na disposição das mesas, na disposição dos materiais... todas essas coisas foram pensadas e repensadas, e à medida que começamos a fazer, íamos entendendo que tudo isso era de extrema importância e fazia parte do setting, algo tão caro para a TO.*

Lima (2004) fala do quanto os ateliês e oficinas vão ganhando um papel central no cotidiano da clínica para a terapia ocupacional. As atividades, principalmente essas que tem uma perspectiva ligada com a arte, possibilitam para os usuários novas formas de expressão, de acesso e de subjetivação, permitindo a criação de novos territórios existenciais e de desejos. Diante disso, os ateliês vão se configurando como um lugar de aprendizagem e de produção, de ampliação das relações e de mergulho no universo cultural de cada um, propiciando deslocamentos, pertencimentos e produção de vida. Sobre o setting, Benetton e Marcolino (2013) vão dizer que este deve assegurar a realização das atividades, sendo essencial para que aconteça a relação e, consequentemente, o processo terapêutico.

*Depois desses questionamentos, outros iam tomando conta. O uso da atividade pra mim sempre foi a melhor parte da TO, mas também me gerava muita angústia. Que atividade propor? ela realmente faria sentido? como instigar o usuário pra ele*

*conseguisse falar de que atividade queria? Por que todos gostavam só de pintar caixinhas? Todas essas perguntas iam me consumindo e, sinceramente, não encontrava muitas respostas. O que eu fui começando a entender é que as atividades iam tendo significados diferentes para cada usuário e que ela era um meio de encontro, encontro deles comigo, deles com o grupo e deles com algo das suas histórias que, ora era contando através da atividade, ora não. A partir disso o ateliê no CAPS foi se tornando o meu lugar favorito de estar. Era lá que eu encontrava os usuários, era lá que eu criava o vínculo, era lá que eles se sentiam acolhidos e que se permitiam fazer o que queriam, era pra lá que eles iam quando estavam em crise e era lá que eu fazia um cuidado pautado na subjetividade, na produção de vida e na criação de vínculo.*

Nascimento (1990) fala no seu texto sobre o mito da atividade terapêutica, mostrando que o terapeuta ocupacional, em algum momento da história, já acreditou que as atividades, tinha por si só, propriedades terapêuticas, cabendo ao profissional analisar e adequar ao paciente. A autora coloca então que isso seria um mito, uma vez que esse pensamento exclui a dimensão social e a situação concreta da vida. Benetton e Marcolino (2013), baseado no Método da Terapia Ocupacional Dinâmica (MTO), colaboram com esse pensamento, entendendo a atividade enquanto instrumento, como um termo da relação triádica (terapeuta-paciente-atividade) e que então, o processo terapêutico, se daria a partir da dinâmica dessa relação.

Diante disso, as atividades são usadas no processo da terapia ocupacional como uma ferramenta, que tem como objetivo a composição de histórias. A significação e ressignificação dessas atividades vão tomando forma a partir das relações que são estabelecidas durante esse processo. Com isso, as atividades não estão vinculadas com seu sofrimento, mas sim com a produção de vida, com o cotidiano e com a relação, ocupando um papel de transformação e surgimento do novo (BENETTON & MARCOLINO, 2013).

Ainda no que diz respeito às atividades, Lima (2004) fala sobre a análise das atividades que o terapeuta ocupacional deve fazer, tendo seu olhar direcionado para o investimento afetivo do sujeito e para o seu jeito de fazer aquela atividade. A partir disso, do olhar para a experiência singular, é que o terapeuta pode se voltar para o coletivo, para o compartilhamento das experiências entre os sujeitos e as suas ressignificações.

*Ser uma residente em um CAPS tinham suas angústias, mas também tinham suas vantagens. Sem dúvida estar um pouco mais 'de fora' e ter espaços de supervisão, aulas e discussões faziam com que eu me questionasse sempre do que estava fazendo e em como*

*poderia melhorar. Apesar desse lugar, ora vantajoso, ora conflitante, ele não era uma garantia de estar sempre fazendo o “certo” e, sem perceber, teve um momento em que me vi engolida pela demanda, pelo automatismo e pelo cansaço. Apesar da minha entrada na equipe, enquanto residente, se dar de forma bastante ambivalente, outro ponto que destaco nesse ano de trabalho no CAPS foi o trabalho em equipe. Sendo ou não residente, compartilhar os casos, discutir, fazer atendimentos compartilhados ia contribuindo para uma descentralização no cuidado, uma co-responsabilização da equipe e um sentimento para o profissional de segurança. Fazer a tomada de decisão junto da equipe e usuário ampliou a minha visão clínica enquanto TO e em quanto cuidado em saúde mental.*

Campos (2007) quando fala da clínica ampliada e compartilhada para a construção do cuidado em saúde expõe a necessidade de co-responsabilização dos profissionais e da construção da clínica focada no usuário. A construção dessa clínica se dá a partir de várias frentes, visando a gestão democrática por meio de equipes de referência, co-gestão e a clínica do sujeito. Esse modo de fazer clínica, que contrapõe modelos hegemônicos, possibilita uma horizontalização na tomada de decisões entre profissionais e usuários, em que o objetivo estaria além da busca pela produção de saúde, mas também a produção de autonomia dos sujeitos, baseada na construção de vínculos.

#### b) Parte dois da experiência

*Diferente do primeiro ano da residência, os campos de inserção no segundo ano são bem diferentes uns dos outros, são diversos pontos da RAPS em níveis diferentes de atenção. Isso fez com que a escolha do segundo ano fosse bem mais difícil. Seguindo o mesmo plano do primeiro ano, a busca por referências de TO ainda continuava, então inicio minhas escolhas partindo novamente desse pressuposto: o serviço deveria ter TO. Tínhamos poucas opções de serviços que tinham uma terapeuta ocupacional compondo à equipe, mas mesmo assim, essa seguiu sendo minha orientação. Depois de muitos conflitos internos e com a turma de residentes, acabo por ficar em um Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), o único das opções em que tinha uma TO. E diferente também do primeiro ano, vou para o campo junto de uma colega residente, também TO.*

*A Atenção Básica (AB) já tinha sido um campo de experiência minha durante um estágio curricular na graduação, dizendo também de um interesse para além da saúde*

mental, a saúde coletiva. Uma das coisas que eu mais temia enquanto entrava para a atenção básica era a diversidade de casos que eu saberia que encontraria. Além disso, outro fator que me deixava bastante receosa era a função de um trabalhador do NASF de ser apoio para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Eu não sentia que teria competência para ser matriciadora.

Para além dessa dificuldade já posta, da sensação de ter que saber tudo e ter resposta para todos os casos enquanto apoio matricial, entro no NASF em um momento de tensão enquanto proposta de modelo mesmo. É importante dizer que apesar do desmonte desse modelo de atenção à saúde, com o término do financiamento federal para as propostas NASFs, Campinas, nesse momento, estaria em um processo de implementação do NASF no município, ainda em um período bastante incipiente da proposta, com os trabalhadores muito confusos sobre o que seria e como teriam que trabalhar a partir daquele momento. Dado isso, foi um desafio duplo em realmente entender a proposta do NASF e do trabalho enquanto apoio e lidar com a adaptação - bastante resistente - dos trabalhadores neste modelo também. Para além disso, quando inicio em campo, descubro que a TO que estava no serviço estaria de saída e que eu ficaria sem uma profissional de referência enquanto preceptora. Apesar de todas essas tensões postas logo no início do campo, escolho seguir em frente, compreendendo que seria um lugar bastante formativo.

Neste segundo ano também teve o primeiro momento em que as coisas estavam mais 'soltas', que foi logo na entrada, até conhecer as equipes, entender os fluxos, se vincular com os casos. Diferente do primeiro ano, entendi esse primeiro momento como bastante vantajoso a partir do momento que escolho circular por diversos espaços dentro e fora dos Centros de Saúde (CS), pensando em conhecer o que tinha de rede já formada e do que poderia ser uma proposta durante a permanência ali. Porém, no CS esse tempo não durou muito, e antes do que esperava, já estava com casos.

Os primeiros casos que foram chegando para mim e para minha colega, que naquele momento, estávamos sendo as únicas profissionais da saúde mental nos dois CS que o NASF estava de referência, eram bastante emblemáticos pra mim, que naquele momento estava com dificuldade de separar a Terapia Ocupacional da Saúde Mental. Deveria separar? O que era demanda de TO e o que era demanda de saúde mental? O que era, até então, o tão falado "caso de Atenção Básica"? O que era grave o suficiente para encaminhar para o CAPS? Que classificação de risco eu iria conseguir fazer?

*Deveria atender individualmente? Como fazer atendimentos individuais na atenção básica? Enfim, eram perguntas que não tinham fim.*

Para começar essa discussão é importante trazer os conceitos de campo e núcleo, usados por Campos (2000). A partir de uma perspectiva da Saúde Coletiva, o autor vai entendendo que o campo seria um espaço de diversas disciplinas que, juntas e com seus limites ainda imprecisos, buscam a efetivação de suas tarefas práticas e teóricas. Já o núcleo estaria ligado a uma concentração de saberes específicos de uma área ou de uma profissão. Contudo, ambos têm a capacidade de mutação e se influenciam, não sendo possível uma definição tão clara de seus limites.

A partir disso, então, que a Terapia Ocupacional - enquanto núcleo - vai se inserindo na Atenção Básica, neste caso especificamente no NASF - que seria o campo. Manho e Nicolau (2014), na sua pesquisa sobre a inserção de residentes terapeutas ocupacionais na AB, trazem as diversas ações possíveis da TO neste campo em específico. Dentre elas estão a prática de cuidado coletivo, ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, realização de apoio matricial e ações de educação permanente, desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares e articulação da rede intersetorial para o cuidado nos casos. Entendendo aqui que o campo e o núcleo da TO para essas ações seriam indissociáveis.

Formado por diferentes núcleos de saberes, o NASF foi criado para prestar apoio à Estratégia de Saúde da Família, contribuindo para a maior resolutividade dos casos e também para a efetivação do cuidado integral à saúde. A lógica do trabalho se dá priorizando a troca de saberes entre os profissionais, atendimentos compartilhados e responsabilidade mútua dos casos, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, através de diversas metodologias (BRASIL, 2010). Assim, vai se constituindo o trabalho de um profissional NASF, e neste caso, especificamente do Terapeuta Ocupacional. Diante destes pressupostos, Lacman e Barros (2011) vão colocando que essa relação - entre ESF e NASF - não se dá de maneira lisa, apontando algumas dificuldades no que diz respeito a falta de clareza aos processos de trabalhos, à alta demanda de casos graves e complexos na atenção básica e também a carência de recursos.

*Uma das coisas que fui entendendo logo de cara era um funcionamento interno daqueles centros de saúde - que acredito que não seja só neles - é de que os profissionais das equipes de saúde da família estão muito sobrecarregados com infinitas demandas de outras áreas e que não 'sobra' tempo para a saúde mental. Começou a chorar em*

*atendimento? manda pra saúde mental. Histórico de violência? saúde mental. Dificuldade de aprendizagem? saúde mental. E assim, de caso em caso, a agenda ia lotando e fui me vendo sozinha cuidando desses casos tão complexos. Uma coisa era certa na minha cabeça, precisava investir no apoio matricial. Mas pra mim, não fazia sentido um apoio matricial “palestrinha”, o real apoio matricial se fazia junto. Se discutia junto, atendia junto, fazia rede juntos. Estar junto dos outros profissionais para eles se sentirem seguros e se permitirem fazer escutas em saúde mental. Estar de corpo ali também era uma forma de apoio. Ser parceira da equipe. Ir criando vínculo também com a equipe e empoderá-los. Criar confiança. Tudo isso ainda está em processo, depois de todo esse tempo.*

Tanto o apoio matricial quanto o conceito de equipes de referência são conceitos organizacionais de uma metodologia de gestão e trabalho em saúde, que buscam contrapor o modelo biomédico e contribuem para o fortalecimento da clínica ampliada. Ambas metodologias pressupõem uma inversão no funcionamento das unidades de saúde com a horizontalização das relações de poder existentes entre especialistas e generalistas, propiciando espaços coletivos de trocas, de co-gestão e participação. Essa organização é apresentada no Método Paidéia, criado por Campos (2000) (CUNHA & CAMPOS, 2011).

A partir disso, o apoio matricial tem como objetivo ser uma retaguarda especializada às equipes e profissionais da saúde, operando de maneira dinâmica e personalizada. Apoiado nos conceitos de campo e núcleo, o funcionamento do apoio matricial se dá a partir da interlocução de profissionais de diferentes núcleos, buscando a ampliação e a maior eficácia de suas atuações. Baseado no compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais, o apoiador tem a função de construir, junto dos profissionais de referência - que são responsáveis pela coordenação e continuidade do cuidado -, projetos de intervenção a partir de suas experiências e também de seus núcleos de saberes apoiado em uma relação horizontal e métodos dialógicos. Além dessa dimensão assistencial, o apoio matricial também é composto de um suporte técnico-pedagógico. Essas ações criam possibilidades de ampliação do trabalho clínico e sanitário, assegurando o cuidado integral preconizado pelo SUS. Diante disso, tem-se o NASF enquanto uma estratégia que faz a utilização desses conceitos (CUNHA & CAMPOS, 2011; CAMPOS & DOMITTI, 2007)

Ballarin et. al. (2012) fazem um estudo a respeito da percepção dos profissionais que trabalham na lógica do apoio matricial. A partir da pesquisa, as autoras encontraram

4 dimensões possíveis da prática profissional, que são elas: dimensão conceitual, funcional, pedagógica e de produção de subjetividade. A dimensão funcional e pedagógica se constitui de maneira diversificada, a depender do modo em que os profissionais se organizam, porém, contribuem para a manutenção de espaços de educação permanente e de produção de cuidado. Partindo das diversas possibilidades de organização do trabalho do apoio matricial, a produção de subjetividade é outro ponto positivo nessa metodologia, possibilitando ao profissional a invenção do trabalho e de si. Por outro lado, a dimensão conceitual é vista como um obstáculo, visto a falta de entendimento da proposta por parte dos profissionais.

*A demanda de saúde mental parecia infinita e eu fui percebendo, no decorrer dos acolhimentos, que embora nem todos os usuários entrariam em um processo terapêutico ocupacional, eu não deixava de ser terapeuta ocupacional nesses acolhimentos, e que a TO ia me guiando nessas escutas. As minhas escutas/acolhimentos eram permeadas pelo cotidiano, pelo que a pessoa gostava de fazer, pelo que a pessoa gostaria de fazer, seus planos de vida, seus espaços de pertencimento, suas histórias de vida. As atividades também iam perpassando esses espaços, como por exemplo a jovem que chegou muito ansiosa e saímos para caminhar para que fosse possível ela contar para mim. O adolescente que não queria conversar, mas que concordou em sair tirar fotografias pelo bairro, já que isso era o que ele gostava de fazer. A criança que só conseguiu interagir e criar confiança quando fomos até o estacionamento jogar bola. Esses foram alguns exemplos de onde fui entendendo que minha prática na saúde mental estava recheada de terapia ocupacional e que era dessa forma que eu conseguia me aproximar dos usuários e construir um cuidado baseado na subjetividade de cada um deles permeado pelas atividades.*

A inserção de ações da terapia ocupacional da atenção básica, embora se dê já há algum tempo, ela foi institucionalizada somente a partir da implementação do NASF, pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008). Rocha et. al. (2012) evidencia que é um desafio estar na AB, devido à complexidade dos casos e também pela dificuldade dos terapeutas ocupacionais em mostrar sua especificidade na atuação. Os estudos que falam da prática da profissão neste campo indicam uma inserção do TO em ações majoritariamente conjuntas, que dizem mais respeito ao campo. Apesar disso, os terapeutas ocupacionais têm uma importante inserção nesse campo no que diz respeito à ampliação do olhar para os casos, contribuindo para a integralidade do cuidado e para a

efetivação da clínica ampliada, além de ter uma atuação importante na sua especificidade, no que diz respeito ao cuidado em saúde mental.

O cuidado territorial é uma diretriz do SUS que desafia os profissionais a estarem junto dos usuários no lugar da vida, no lugar onde tudo acontece. A partir disso, tendo em vista a atuação do terapeuta ocupacional, que está diretamente relacionado com o cotidiano e com a vida, seu trabalho nesse campo se torna bastante potente. O papel do terapeuta ocupacional é atuar junto do território e a partir de suas potências, pensando na inserção dos sujeitos, na circulação e na participação social. Além disso, também é tarefa da profissão ir além dos muros institucionais e ampliar o cuidado em saúde, direcionando seu olhar para a vida e não mais para a doença, fundamentando seu trabalho nos espaços da vida cotidiana, atravessado pelas atividades e pela singularidade (BIANCHI, 2018).

*Diferente do primeiro ano de experiência, esse segundo ano foi composto por mais atendimentos individuais do que eu acho que gostaria, considerando esse lugar da atenção básica, da solidão da saúde mental e da falta de ofertas de outros espaços de cuidado. Apesar disso, fui entendendo que esses atendimentos foram importantes para o meu processo formativo enquanto TO. A diversidade dos casos era, realmente, bastante significativa. De psicoses graves a dificuldades de aprendizagem. De sujeitos ansiosos a acamados em sofrimento. Tinha de tudo, e pouco eu sabia. Mas uma das principais coisas que foram me guiando para pensar os casos era: oportunizar espaços em que essas pessoas pudessem falar de si, contar suas histórias ou criar novas histórias para que fossem contadas. E mais uma vez as atividades entravam no meio dessas histórias, elas também iam contando sem precisar de muito. Elas iam fazendo novas conexões daquele sujeito com a vida.*

Por ser considerada a porta de entrada da rede, a Atenção Básica se caracteriza pela diversidade e pela complexidade dos casos, sendo a ordenadora do cuidado. Também é na AB que acontece um “filtro” em relação aos casos que necessitam de acesso a rede especializada, sendo sua responsabilidade pelo caso intransferível, porém compartilhada. Ou seja, apesar das pessoas acessarem a rede secundária ou terciária de cuidado, elas sempre vão ser da atenção primária. Considerando todas essas peculiaridades, é neste campo em que as complexidades dos sujeitos e da vida se apresentam, e a partir disso, o olhar do terapeuta ocupacional se volta para o significado das relações, a partir das narrativas do cotidiano (CUNHA & CAMPOS, 2011; MIRANDA et. al., 2019)

*Teve a Juruva, que chegou em sofrimento. Ela atribuía seu sofrimento ao seu contexto dentro de casa, com brigas intensas com seu marido. Juruva também tinha uma*

*padaria e dizia de uma sobrecarga do trabalho, visto que a padaria ficava na sua casa e que não conseguia relaxar a cabeça e parar de pensar no trabalho e de todas as coisas que tinha que fazer ou havia deixado de fazer. Nos atendimentos, Sonia fala que gostaria de aprender crochê. Aprendemos juntas. Crochetamos. Conversamos. E então ela contou que conseguiu, em um momento de muito estresse em casa, crochetar e não brigar com o marido. Com o passar do tempo, Juruva foi encontrando no crochê seu momento de respiro. Um momento em que conseguia não pensar nas outras coisas e simplesmente relaxar.*

*Também teve Martim-pescador. Um homem, mais velho, que estava acamado. Morava no seu cortiço, com um torpedo gigante de oxigênio ao lado da sua cama, sozinho. Além do ar, também faltava para ele condições básicas de vida e políticas públicas. Martim-pescador, no início, tinha dificuldade de falar sobre as coisas da vida. Aos poucos, foi contando dos lugares por onde passou, da companheira que teve e que faleceu, da época em que trabalhava na plantação de cana e durante o intervalo jogava dama com os colegas. Levamos dama, e depois de muitos anos, voltou a jogar. Nos divertimos. Relembramos momentos da vida. Aos poucos ele foi recuperando a força e o fôlego, e finalmente, conseguiu sair da cama para a cadeira de rodas. Fomos pensando em coisas que conseguiria fazer em casa com a cadeira. Finalmente ele levantou, conseguiu ficar de pé e já era outro momento, agora ele queria cozinhar sua própria comida. Pensamos nas maneiras de viabilizar isso e ele relembra, com muito afeto, que sentia saudades da comida de sua mãe. Uma coisa ia levando a outra e fomos construindo juntos, modos possíveis de seu Martim-pescador viver no mundo e acessar o que era seu por direito.*

*Teve Mariquita, que fazíamos nossos atendimentos na sorveteria pois ela ficava ansiosa de estar dentro do Centro de Saúde. Rendeira que vinculou comigo a partir do momento em que começamos a pensar e sonhar com uma mini biblioteca para a sala de espera do CS. Tangará, que tinha rompantes de raiva bastante intensos e que, depois de sempre escutar que tinha sido uma criança “problemática”, nunca tinha amigos para brincar junto, brincou comigo de bola de gude pela primeira vez. Tuju, que vivia ansioso por conta das vozes na sua cabeça e não conseguia fazer nada além de ficar deitado em sua cama, e um dos dias foi até a farmácia viva comigo, mexemos na terra, podamos as ervas e ele saiu dizendo “nossa, isso parece uma terapia, né?! São tantos exemplos que vão mostrando que, cada um na sua subjetividade, a atividade foi entrando como uma mediadora dessa relação terapêutica e foi potencializando o cuidado através da*

*identificação de cada um com aquela atividade específica. As atividades, foram enfim, produzindo vida.*

*Mas para além dos atendimentos individuais, também foi possível agenciar espaços coletivos de produção de cuidado. O grupo de mulheres foi um lugar importante de encontro e de convivência com as mulheres do bairro que trouxe muito aprendizado e muita troca. Iniciamos o grupo eu, uma residente e a farmacêutica do NASF. O atrativo do grupo era o cafezinho com o bolinho. Era um grupo pensado para contar casos e fazer coisas juntas.*

A terapia ocupacional, em seu processo histórico, vai também reconhecendo a dimensão social e política da sua atuação, contribuindo para a transformação do social a partir do campo social. Barros & Lopes (2002) falam sobre a atuação do terapeuta ocupacional nesse campo, dizendo da necessidade de romper o discurso da saúde no modelo médico-psicológico e assumir a complexidade da vida, pensando no sujeito além dos valores da saúde ou da enfermidade.

Entendendo que as mulheres compõem um grupo em vulnerabilidade importante na sociedade de hoje e pensando na dimensão social da maioria dos adoecimentos desta população, o grupo de mulheres vem como um dispositivo importante de cuidado. Possibilitando um espaço de produção de subjetividade a partir do encontro com o outro, o grupo de mulheres viabiliza a problematização das questões de gêneros, ancorada no cotidiano a partir dos princípios da clínica ampliada, da integralidade e da humanização (DE SÁ et. al., 2015)

*A partir do grupo coisas muito importantes foram surgindo. As conversas enquanto tomávamos o café, antecedendo a atividade, era fonte de muita troca de experiência, de compartilhamento de sofrimentos, de agenciamento de redes de apoio. Depois disso, vinha alguma atividade. Quase sempre proposta por elas mesmas. Teve atividades corporais, teve à prática do Lian Gong, teve momentos em que desenhamos, dançamos, cantamos, onde uma integrante do grupo ensinou para as outras uma massagem, teve também um dia que as mulheres - que moravam no bairro há muitos anos - trouxeram fotografias que como era esse bairro que elas se identificavam tanto, como as mudanças foram acontecendo e a partir daí as histórias de vida foram surgindo. Além disso, também teve um dos encontros onde fomos botando algumas músicas e a partir dessas músicas, íamos contando cenas da nossa vida que íamos lembrando.*

*Além desse grupo de mulheres, outra vivência que tem sido possível de ofertas grupais é o grupo de estimulação, feito junto das residentes da saúde da criança e do*

*adolescente. Um grupo multidisciplinar, com crianças de até três anos que, a partir de algumas propostas de estimulação, tem-se a ideia de acompanhar essas crianças no seu desenvolvimento e fazer junto orientação dos pais sobre como estimular em casa. Apesar deste ser um grupo de estimulação, pra mim o que fica de maior aprendizado é a interação das crianças com as outras crianças do grupo e com o próprio brincar. Cristine, que nos primeiros encontros do grupo não saía do colo da mãe, no final estava conseguindo sentar no chão com as outras crianças, apesar de ainda brincar mais sozinha. Marlon, que brincava apenas com os terapeutas, teve um grupo que conseguiu chamar Isaac para brincar e os dois brincavam sozinhos. Grupos que as crianças todas queriam só correr de um lado para o outro do estacionamento, mas conseguiam interagir umas com as outras.*

*Estar residente na Atenção Básica, sem dúvida, foi a minha experiência profissional mais intensa. Pensar na complexidade dos casos que chegam até à atenção básica sempre foi bastante desafiador. Cuidar não só de um, mas de dois, três e até quatro membros da mesma família. Andar pelas ruas do território com os Agentes de Saúde e ser reconhecida. Bater papo. Se aproximar de uma mãe em sofrimento na vacina do seu filho e poder, a partir daí, ofertar espaços de cuidado. Todas essas são potências do trabalho no território de uma terapeuta ocupacional em formação.*

#### **4. CONCLUSÃO**

Esse foi um pouco do percurso percorrido por mim durante esses dois anos de formação em Saúde Mental. Regado por vários encontros com o desconhecido, fui trilhando meu itinerário nesses dois campos importantes da rede para a construção do cuidado em saúde mental. Dois lugares igualmente importantes e complexos, porém com suas diferenças bastante marcadas.

No que diz respeito à atuação da terapia ocupacional, cada um teve suas particularidades. Embora, historicamente, o trabalho da terapia ocupacional no CAPS esteja mais consolidado, com práticas do núcleo mais estruturadas, estar neste lugar não deixou de ser desafiador. Apesar de ter em sua política como um serviço territorial, muitas vezes o CAPS foi se fechando dentro de seus portões e fazendo um trabalho mais isolado do resto da rede. Estar nesse serviço também foi me colocando em contato com a terapia ocupacional nua e crua a partir da experiência da SRT e do ateliê, com os conceitos

fundamentais para o núcleo, além de conseguir dialogar melhor com a equipe, já que ali todos estavam para o cuidado em saúde mental.

Já na APS a atuação não estava dada, nem para mim, nem nas políticas e muito menos para os profissionais. Foi e tem sido um trabalho intenso de descoberta e experimentações no que diz respeito ao campo da saúde mental e ao núcleo da terapia ocupacional. Estar no território, na comunidade, na casa das pessoas nos coloca em contato com a complexidade real da vida, das relações e do cotidiano das pessoas, fazendo com que os casos fossem vistos de maneira mais ampliada e, conseqüentemente, mais complexa.

Existe também uma particularidade da Atenção Básica que, por ser a porta de entrada para o SUS, diante de tantas questões que adentram o serviço, muitas vezes a saúde mental vai sendo deixada de lado pelos profissionais, por ser muito desafiador entrar em contato com o sofrimento psíquico das pessoas. Diante disso, esse seria mais um desafio importante, que é dar voz para esses casos e conseguir parceiros para fazer o cuidado, que muitas vezes acaba ficando mais individualizado.

No fim, fui reconhecendo nos dois lugares a importância da presença da terapia ocupacional e também fui me descobrindo terapeuta. Cada um na sua singularidade, fui lançando mão de muitas Marys TOs que nem sabia que existiam. As atividades, desde a mais complexa e analisada até ao caminhar na rua de forma leve, foram orientando minha prática profissional e contribuindo para uma experiência cheia de significados e de histórias. Muitas outras relações terapêuticas ocupacionais estão por vir e muita coisa ainda há de ser construída, porém as experiências desses dois anos ficarão marcadas como o início de um percurso na saúde mental, na saúde pública e no SUS enquanto terapeuta ocupacional.

## 5. REFERÊNCIAS

- Ballarin, M. L. G. S., Blanes, L. D. S., & Ferigato, S. H. (2012). Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 767-778.
- Barros, D. D., Ghirardi, M. I. G., & Lopes, R. E. (2002). Terapia ocupacional social . *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 13(3), 95-103. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i3p95-103>
- Benetton, J., & Marcolino, T. Q. (2013). As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica/Activities in the Dynamic Occupational Therapy Method. *Cadernos Brasileiros De Terapia Ocupacional*, 21(3). <https://doi.org/10.4322/cto.2013.067>
- Bianchi, P. C. (2018). Dos entrecruzamentos da Terapia Ocupacional eo território: reflexões a partir da prática profissional na atenção básica em saúde. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4(1), 40-46
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista brasileira de educação*, (19), 20-28.
- Campos, G. W. D. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 219-230.
- Campos, G. W. D. S., & Amaral, M. A. D. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 849-859.
- Campos, G. W. D. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*, 23, 399-407.
- Castro, G. G. A., de Souza, A. M., & Corrêa, V. A. C. (2017). Os significados das atividades grupais para usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Interist. Bras. de Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro, 1(3), 332-352.
- Constantinidis, T. C., & da Cunha, A. C. (2013). A formação em terapia ocupacional: entre o ideal e o real. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 24(2), 149-154.
- Cunha, G. T., & Campos, G. W. D. S. (2011). Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, 20, 961-970.
- Deleuze, G. O que é um dispositivo? Em: DELEUZE, G. O mistério de Ariana. Lisboa: Veja, 1996. p. 83-96.
- Sá et al (2015). Cartografias Femininas: Grupo de Mulheres pelo olhar dos estudantes. In V. Maximino & F. Liberman (Orgs.), *Grupos e Terapia Ocupacional* (Cap. 5, pp. 88-114). São Paulo: Summus.

de Souza Minayo, M. C., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes Limitada.

Ferigato, S. H., Ballarin, M. L. G. S., Marcolino, T. Q., & Indianni, S. K. (2016). As residências terapêuticas e a clínica do cotidiano: contribuições da terapia ocupacional. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 27(1), 80-87. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i1p80-87>

Ferigato, S. H., Silva, C. R., & Lourenço, G. F. (2016). A convivência e o com-viver como dispositivos para a Terapia Ocupacional/The conviviality and the live-with as Occupational Therapy devices. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 24(4), 849-857.

Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

Galheigo, S. M. (2003). O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Organicom*, 14(3), 104-109.

Lancman, S., & Barros, J. O. (2011). Estratégia de saúde da família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e terapia ocupacional: problematizando as interfaces. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 22(3), 263-269.

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i3p263-269>

Lima, E. A. (2004). Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. *Oficinas terapêuticas em saúde mental—sujeito, produção e cidadania*, 59-81.

Mângia, E. F., & Ricci, E. C. (2011). "Pensando o Habitar" Trajetórias de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos . *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 22(2), 182-190. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p182-190>

Manho, F., Soares, L. B. T., & Nicolau, S. M. (2014). Reflexões sobre a prática do residente Terapeuta Ocupacional na Estratégia Saúde da Família no município de São Carlos. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 24(3), 233-241. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p233-241>

Miranda, E. F. D. S., Amado, C. F., & Ferreira, T. P. D. S. (2019). Percepção de gestores acerca da atuação e inserção de terapeutas ocupacionais na atenção básica à saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27, 522-533.

NASCIMENTO, B. A. (1990). O mito da atividade terapêutica. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 1(1), 17-21.

Onocko-Campos, R., Emerich, B. F., & Ricci, E. C. (2019). Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e170813.

**Rocha, E. F., Paiva, L. F. A., & dos Humildes Oliveira, R. (2012). Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias/Occupational Therapy in Primary Health Care: responsibilities, actions, and technologies. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 20(3).**

**Roxo da Motta, P. M., & de Barros, N. F. (2015). HANDBOOK OF AUTOETHNOGRAPHY.**

**Samea, M. (2002). *Terapia ocupacional e grupos: em busca de espaços de subjetivação* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).**

**Silva, R. A. D. S., & Oliver, F. C. (2019). Identificação das ações de terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde no Brasil/Identified actions of occupational therapists in primary health care in Brazil.**