



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

JOÃO PAULO CHARLES ALBINO

**O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA E A ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO QUALITATIVO COM TERAPEUTAS
OCUPACIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

São Carlos/SP

2024

JOÃO PAULO CHARLES ALBINO

**O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA E A ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: UM ESTUDO QUALITATIVO COM TERAPEUTAS
OCUPACIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa. Dra. Taís Quevedo Marcolino.

Linha de Pesquisa: Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental.

São Carlos/SP

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata João Paulo Charles Albino, realizada em
29/11/2024.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Taís Quevedo Marcolino (UFSCar)

Prof. Dra. Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin (PUCCAMP)

Profa. Dra. Giovana Garcia Morato (UFSCar)

DEDICAÇÃO

*Dedico essa dissertação a todas as (os)
Terapeutas Ocupacionais “mentaleiras (os)”
que atuam na Atenção Psicossocial no âmbito
da Saúde Mental Coletiva do SUS,
sustentando o cuidado em liberdade, e com
afeto, a partir da terapia ocupacional.*

*Em especial, às verdadeiras autoras e
protagonistas desta pesquisa,
as participantes colaboradoras!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Prof^a. Dra. Taís Quevedo Marcolino, por orientar, acompanhar e me inspirar com seu infinito conhecimento e afeto. Sua sabedoria e paciência me ajudaram a trilhar e desbravar os caminhos da pesquisa. Mesmo nos momentos mais difíceis, em meio a minha teimosia, sua confiança foi essencial nesse processo, pois pude realizar com liberdade e criatividade muitas “metamorfoses” enquanto pesquisador.

Agradeço às minhas ilustres professoras da graduação, Profa. Dra. Célia Emilia de Freitas Alves Amaral Moreira, Profa. Ms. Gisele Brides Prieto Casacio, Profa. Esp. Liana Maura Naked Tannus, Profa. Ms. Maria de Lourdes Feriotti e a Prof. Dra. Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin, por todo conhecimento e afetos compartilhados, tão importantes na minha formação acadêmica, pessoal e profissional.

Agradeço à Jô, *in memoriam* por me ajudar a aprender “crochê”, pelas histórias calorosas sobre terapia ocupacional, compartilhadas no horário do almoço, durante a formação do MTOD no CETO. Por toda dedicação e afeto na construção e transmissão do Método Terapia Ocupacional Dinâmica.

Agradeço a todas as professoras do CETO, Profa. Esp. Sonia Maria Leonardi Ferrari, Profa. Dra. Ana Paula Mastropietro, Profa. Ms. Renata Cristina Domingues Bertolozzi, Profa. Taís Quevedo Marcolino, que forjaram minha identidade profissional enquanto terapeuta ocupacional, me instrumentalizando a “navegar em alto mar”.

Agradeço a todos os membros do grupo de pesquisa, pelas trocas, acolhimento, suporte e conhecimentos compartilhados e construídos nos nossos afetuosos encontros.

Agradeço aos membros da banca examinadora, Profa. Dra. Giovana Garcia Morato; Prof. Dra. Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin; Profa. Dra. Teresinha Cid Constantinidis, Profa. Dra. Angélica da Silva Araújo, pelas valiosas contribuições de aprimoramento e aprofundamento da pesquisa, desde a qualificação.

Agradeço a todas as¹ profissionais que aceitaram participar desta pesquisa e contribuir com seus preciosos conhecimentos e trajetórias. Sem vocês, não seria possível a realização deste trabalho.

Agradeço, em especial, à terapeuta ocupacional Dra. Paula de Fátima Oliveira Faria, por todo apoio e incentivo para que eu pudesse seguir o caminho da pesquisa. Pela oportunidade, confiança e honra de compartilhar o cotidiano de trabalho de forma tão potente no CAPS AD “Antônio Orlando”, berço desta pesquisa.

Agradeço aos meus pais por tudo! Graças a tanto esforço e dedicação, pude ter preciosas oportunidades de estudar.

Agradeço à minha esposa e companheira Bruna Castilho, por todo apoio, afeto e tolerância nas ausências.

Agradeço aos meus filhos, Apólo, Alice e Arthur, por todo afeto e também tolerância das ausências do papai nos dias de “cabana”.

Agradeço ao meu sogro, sempre presente, pelo apoio e suporte.

Agradeço a todas as pessoas que pude atender em terapia ocupacional, em diferentes momentos e equipamentos, por suas histórias e processos trilhados rumo a novos sentidos. A confiança de vocês em acreditar na potência dessa relação, em meio aos desafios, me motivou a seguir na composição desta pesquisa.

Agradeço a todas as professoras, colegas e funcionárias do PPGTO - UFSCar pelo conhecimento compartilhado e pelos suporte necessários.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelo apoio e financiamento ao PPGTO - UFSCar.

Agradeço a todos os colegas de trabalho do CAPS AD “Antônio Orlando” em especial, as colegas terapeutas ocupacionais com as quais pude aprender e compartilhar terapia ocupacional a partir do cotidiano de trabalho. Agradeço, sobretudo, por instigar a realização deste trabalho.

¹ A opção pelo uso do termo "participantes" e dos pronomes “as” no gênero feminino se justifica pela composição majoritária feminina do grupo de sujeitos pesquisados. Essa escolha visa refletir com maior precisão a realidade das participantes, respeitando a representatividade e a especificidade do contexto da pesquisa, em que as mulheres predominam no grupo investigado.

RESUMO

Introdução: A Atenção Psicossocial (AP) pode ser compreendida como paradigma, campo e política pública para a saúde mental coletiva, norteando ativamente o processo da reforma psiquiátrica brasileira. A AP reúne um arcabouço teórico-prático para ampliar o conceito de cuidado para além da remissão de sintomas, integrando dimensões subjetivas e sociais por meio do acolhimento, vínculo, projeto terapêutico singular (PTS), clínica ampliada, redução de danos, intersetorialidade e territorialidade. No Brasil, a Terapia Ocupacional ocupa papel ativo nos processos de transformações do campo da saúde mental, compondo equipes multidisciplinares em toda Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Na AP, a valorização do trabalho inter e transdisciplinar e das ações comunitárias visando autonomia e cidadania, em um pólo, coloca em outro pólo as discussões sobre a clínica e as contribuições específicas de práticas profissionais, como a de terapeutas ocupacionais. Voltado para a construção de conhecimento teórico-prático específico para a Terapia Ocupacional, o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) vem sendo desenvolvido desde a década de 1970, por Jô Benetton e colaboradoras. O MTOD possui uma matriz teórico-conceitual e metodológica que permite ao terapeuta ocupacional a liberdade de pensar e atuar criativamente em diferentes situações, considerando as singularidades do sujeito alvo e/ou coletivos em meio aos movimentos dinâmicos da relação triádica (terapeuta ocupacional, sujeito alvo e atividades). Os processos de intervenção sustentados pelo MTOD operacionalizam-se pela composição do diagnóstico situacional, pelo manejo dos movimentos dinâmicos da relação triádica, pela construção de novos sentidos via análise das atividades e pela ampliação de espaços de saúde, de cotidiano e de inserção social. **Objetivo:** Buscando discutir as possibilidades da clínica da terapia ocupacional na AP brasileira, esta pesquisa objetiva explorar e descrever a relação entre o MTOD e a AP no âmbito da saúde pública. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva de abordagem qualitativa, que contou com 17 terapeutas ocupacionais que atuam e/ou atuaram em equipamentos da RAPS, com especialização clínica no MTOD concluída, que responderam a um questionário online para identificação de dados sociodemográficos, de formação e atuação profissional, com duas perguntas narrativas sobre relações entre o MTOD e a AP. Dez desses profissionais também participaram de uma entrevista qualitativa semiestruturada online. Dados numéricos foram analisados descritivamente e por estatística simples, e dados narrativos receberam análise temática. **Resultados:** A maioria das participantes identificou-se como mulher cisgênera, branca, com faixa salarial entre R\$4.000,00 e R\$8.000,00, e carga horária semanal de trabalho variando

entre 31 e 40h, seguido de 21 a 30h; com especialização no campo da saúde mental; e formação clínica no MTOD no período de 2011 a 2020, seguido de 2001 a 2010. As participantes atuam/atuarão em variados equipamentos da RAPS, principalmente no Estado de São Paulo, com participação de profissionais do Ceará, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Os resultados qualitativos abarcam quatro grandes temas: 1. Compreensões a respeito da AP e dificuldades e desafios no cotidiano de trabalho na RAPS: entre a precarização e a resistência na sustentação do cuidado; 2. A terapia ocupacional na AP e suas contribuições na RAPS, as dificuldades e os desafios específicos e a discussão sobre núcleo e campo; 3. MTOD e AP em diálogos epistemológicos e paradigmáticos e contribuições do MTOD para operacionalização do cuidado na AP, a sustentação teórico-metodológica para prática de núcleo e fortalecimento da identidade profissional; 4. Dificuldades e/ou desafios entre o MTOD e a AP e a precarização da RAPS. **Considerações finais:** Foi possível adensar o debate sobre as relações históricas e epistemológicas por meio de associações teórico-metodológicas entre conceitos da AP e do MTOD como concepções de saúde e de clínica ampliada, PTS e diagnóstico situacional, redução de danos e o desejo dos sujeitos. Dificuldades e distanciamentos identificados explicitam muito mais precariedades, ausências e /ou deficiências de políticas públicas e sua implementação. Esta pesquisa desvelou como o MTOD pode favorecer a operacionalização dos objetivos da AP, evidenciando a dinamicidade e flexibilidade de sua aplicabilidade em diferentes contextos. Evidenciou-se que o MTOD promove uma articulação não dicotômica entre práticas de núcleo e campo, sugerindo que uma prática de núcleo bem sistematizada pode expandir, colaborar e fortalecer as práticas de campo sem perder sua identidade.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial, Método Terapia Ocupacional Dinâmica, Saúde Mental Coletiva, SUS.

ABSTRACT

Introduction: Psychosocial Care (PC) can be understood as a paradigm, field and public policy for collective mental health, actively guiding the Brazilian psychiatric reform. PC brings together a theoretical and practical framework to expand the concept of care beyond the remission of symptoms, integrating subjective and social dimensions through reception, bonding, singular therapeutic project (PTS), expanded clinic, harm reduction, intersectorality and territoriality. In Brazil, Occupational Therapy plays an active role in the transformation processes of the mental health field, composing multidisciplinary teams throughout the Psychosocial Care Network (RAPS). In PC, the valorization of inter and transdisciplinary work and community actions for achieving autonomy and citizenship, on one side, places discussions on the clinic and the specific contributions of professional practices, such as that of occupational therapists, on the other side. Aimed at building specific theoretical and practical knowledge for Occupational Therapy, the Dynamic Occupational Therapy Method (DOTM) has been developed since the 1970s by Jô Benetton and collaborators. The DOTM has a theoretical-conceptual and methodological framework that allows occupational therapists the freedom to think and act creatively in different situations, considering the singularities of the target person and/or collectives amidst the dynamic movements of the triadic relationship (occupational therapist, target person and activities). The intervention processes supported by the DOTM are operationalized by the composition of the situational diagnosis, the management of the dynamic movements of the triadic relationship, the construction of new meanings through the analysis of activities and the expansion of health spaces, everyday life and social insertion. **Objective:** Seeking to discuss the possibilities of the occupational therapy clinic in Brazilian PC, this research explores and describes the relationship between the DOTM and PC in the context of public health. **Methodology:** This is an exploratory-descriptive research with a qualitative approach, which included 17 occupational therapists who work and/or have worked in RAPS facilities, with completed clinical specialization in DOTM, who answered an online questionnaire to identify sociodemographic, training and professional performance data with two narrative questions about the relationship between DOTM and PC. Ten of these professionals also participated in a semi-structured qualitative online interview. Numerical data were analyzed descriptively and by simple statistics, and narrative data received thematic analysis. **Results:** Most participants identified themselves as cisgender, white women, with a salary range between R\$4,000.00 and R\$8,000.00, and a weekly workload ranging from 31 to 40h, followed by 21 to 30h; with specialization in the field of mental health; and clinical training

at DOTM between 2011 and 2020, followed by 2001 and 2010. The participants work/worked in various RAPS facilities, mainly in the State of São Paulo, with the participation of professionals from Ceará, Rio Grande do Sul, and Rio de Janeiro. The qualitative results cover four major themes: 1. Understanding PC and difficulties and challenges in everyday work at RAPS: between precariousness and resistance in sustaining care; 2. Occupational Therapy in PC, its contributions to RAPS, specific difficulties and challenges, and discussion about core and field; 3. DOTM and PC in epistemological and paradigmatic dialogues and contributions of DOTM to the operationalization of care in PC, theoretical-methodological support for core practice and strengthening of professional identity; 4. Difficulties and/or challenges between DOTM and PC, and the precariousness of RAPS. **Final considerations:** It was possible to deepen the debate on historical and epistemological relations through theoretical-methodological associations between concepts of PC and DOTM, such as conceptions of health and expanded clinical practice, PTS and situational diagnostic, harm reduction and the desire of the persons. Difficulties and distances identified reveal much more precariousness, absences, and/or deficiencies in public policies and their implementation. This research revealed how DOTM can favor the operationalization of PC objectives, highlighting the dynamism and flexibility of its applicability in different contexts. The findings highlight that DOTM promotes a non-dichotomous articulation between core and field practices, suggesting that a well-systematized core practice can expand, collaborate, and strengthen field practices without losing its identity.

Keywords: Psychosocial Attention, Dynamic Occupational Therapy Method, Collective Mental Health, SUS (Unified Health System).

Lista de Quadros

Quadro 1. Fundamentos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) no paradigma da Terapia Ocupacional	37
Quadro 2. Tipologias dos CAPS e suas capacidades	79
Quadro 3. Fundamentos paradigmáticos da Atenção Psicossocial	96
Quadro 4. Conceitos e pressupostos do MTOD e AP	98

Lista de Figuras

Figura 1. Conceitos operadores e instrumentais da Atenção Psicossocial	66
Figura 2. Componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção.....	78
Figura 3. Fluxo de seleção das (os) participantes	89
Figura 4. Sistematização da análise temática	94

Lista de Tabelas

Tabela 1. Caracterização das participantes	101
Tabela 2. Formação acadêmica.....	102
Tabela 3. Referenciais teóricos e metodológicos utilizados na prática profissional	104
Tabela 4. Perfil das (os) participantes que atuam em equipamentos da RAPS	104
Tabela 5. Perfil dos participantes que atuaram em equipamentos da RAPS	105
Tabela 6. Local e tempo de formação no MTOD	106

Lista de abreviaturas e siglas

AOTA – American Occupational Therapy Association
AP - Atenção Psicossocial
ART – Atividades e Recursos Terapêuticos
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CECOS - Centros de Convivência
CETO - Centro de especialidades em terapia ocupacional
CMSC - Conselho Municipal de Saúde de Campinas
DNA - Ácido desoxirribonucleico
E-Multis - Equipes Multiprofissionais
ESF - Estratégia de Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
GEITO - Grupo de Estudo Interdisciplinar em Terapia Ocupacional
IRHA - Associação Internacional de Redução de Danos
MCLRH – Método Crítico Laborativo das Relações Humanas
MLAC - Movimento da Luta Antimanicomial de Campinas
MRPB - Movimento da Reforma Psiquiatria Brasileira
MTOD - Método Terapia Ocupacional Dinâmica
MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNH - Política Nacional de Humanização
PPHM - Paradigma Psiquiátrico Hospitalizador Medicalizador
PSF - Programa de Saúde da Família (PSF)
PTI - Projeto Terapêutico Individual
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAPS - Rede de Atenção psicossocial
RD - Redução de Danos
RP - Reabilitação Psicossocial
RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB - Reforma Psiquiatria Brasileira
SMC – Saúde Mental Coletiva
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPA - Substância Psicoativa

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UA – Unidade de Acolhimento

UBS - Unidade Básica de saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

METAMORFOSE AMBULANTE EM ALTO MAR	19
APRESENTAÇÃO	20
O pesquisador.....	20
Notas sobre a implicação.....	25
Apresentação da pesquisa	28
PARTE 1. INTRODUÇÃO	31
CAPÍTULO 1 - TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA	31
Diálogos introdutórios	31
Problemática norteadora - uma proposição investigativa a partir do discurso da prática	34
CAPÍTULO 2 - MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA	37
Situando: caminhos para compreensão da origem e desenvolvimento epistemológico do MTOD	38
Arcabouço teórico-conceitual.....	44
CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	59
Situando: caminhos para compreensão da origem e desenvolvimento epistemológico da AP no Brasil	59
Arcabouço teórico-conceitual.....	65
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	77
Contextos, desafios e tendências.....	84
PARTE 2. PERCURSO METODOLÓGICO	85
CAPÍTULO 4 - OBJETIVOS.....	85
Objetivo Geral.....	85
Objetivos Específicos	85
CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA	86
Tipo de pesquisa	86
Aspectos éticos.....	86
Local da Pesquisa	87
Participantes	87
Produção de dados.....	90
Instrumentos	90
Procedimentos.....	91
PARTE 3- RESULTADOS	95
CAPÍTULO 6 - COMPREENSÕES CONCEITUAIS E EPISTEMOLÓGICAS DOS REFERENCIAIS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DO MTOD: PONTOS DE CONVERGÊNCIA	95
Atenção Psicossocial.....	95
Terapia Ocupacional e o MTOD.....	97
Pontos de convergência epistemológicos entre a AP e o MTOD e a trajetória de Jô Benetton, terapeuta ocupacional, pesquisadora e protagonista da T.O Brasileira	98

CAPÍTULO 7 - RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO	101
Caracterização das participantes.....	101
Resultados qualitativos provenientes da triangulação das respostas narrativas e das entrevistas qualitativas	106
PARTE 4. DISCUSSÃO	145
CAPÍTULO 8 - DISCUSSÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	145
CAPÍTULO 9 - COMPRESSÕES A RESPEITO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	146
CAPÍTULO 10 - O “DNA” DA TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	151
CAPÍTULO 11 - RELAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE O MTOD E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - UM ENTRELACEMENTO INEVITÁVEL DE UMA DUPLA DINÂMICA.	154
PARTE 5. CAPÍTULO 11 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	160
REFERÊNCIAS	162
ANEXOS	178
ANEXO 1 – PARECER APROVAÇÃO DE PESQUISA -CEP.....	178
APÊNDICES	180
APÊNDICE 1 - TCLE	180
APÊNDICE 2 – CONVITE ELETRÔNICO	184
APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO: FORMULÁRIO	185
APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO: ROTEIRO DE ENTREVISTA	186

*“É chato chegar a um objetivo num instante...
Eu quero viver, nessa metamorfose ambulante”
(Seixas, 1973)*

METAMORFOSE AMBULANTE EM ALTO MAR

Em consonância a um dos princípios do Método Terapia Ocupacional Dinâmica e da Atenção Psicossocial, o “desejo” e a “liberdade” permito-me “brincar” com algumas palavras em uma composição metafórica. Talvez, essa também seja minha forma singular de representar e/ou construir minha identidade enquanto sujeito, terapeuta ocupacional-pesquisador?!

Dizem que se conhece o autor pela obra e vice-versa.

E se a obra estiver compondo o autor?

Como pode uma obra ainda inacabada, representar um autor? Bem, a menos que se admita um autor também inacabado...

Nesse sentido, isso me parece fazer algum sentido, pois “prefiro ser essa metamorfose ambulante, do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo” (Seixas, 1973).

Quanto ao barco, abaixo. Ele já me acompanha a muito tempo, ainda inacabado...

Sua construção teve início durante a graduação na disciplina de ART ministrada pela professora Lourdes Feriotti e posteriormente, em diferentes períodos trabalhei um tempo nele. O casco, bruto, chegou a ficar guardado por mais de 4 anos. Foi durante a composição deste projeto desta pesquisa e na minha participação Grupo de Estudos Interdisciplinares em Terapia Ocupacional (G.E.I.T.O) também coordenado pela professora Lourdes Feriotti, que retomei sua construção. Em meio a construção do projeto desta pesquisa, mudei as velas que antes eram brancas feitas de filtro de café. Me incomodava vê-las brancas, como se nunca tivesse navegado. Esse barco tem história! Então, coloquei velas com marca de tempo, com filtro de café usado!

Pronto (a) para zarpar?

O convite à viagem está feito.



APRESENTAÇÃO

O pesquisador

Foi incrível quando meu primo Jonas me ensinou a fazer minhas próprias pipas, não precisava mais comprá-las! Era comum enroscar ou perdê-las nos "rélos" da época de pipa, geralmente nas férias escolares de dezembro a fevereiro. Com um pedaço de bambu para fazer as varetas e sacolas de plástico no bolso, eu costumava fazer minhas próprias pipas artesanais. Ah, de vez em quando fazia umas mais “requintadas”, coloridas, aquelas de papel de seda. Mas minhas preferidas eram as de sacolas de plástico, aquelas de supermercado. Elas permitiam maior velocidade de deslocamento e com isso um “desbicar diferenciado”, além de serem mais acessíveis. Além das pipas, no Boa Esperança, bairro periférico de Sumaré-SP onde morei a maior parte da infância e adolescência, tínhamos também as “épocas” de pião e “burquinha²”. O futebol estava sempre na época, embora eu não fosse tão habilidoso quanto empinar pipas. Lembro de me divertir bastante, com os pés descalços no chão de terra. A percepção do tempo era outra. Só não tinha sorte com pião, ele sempre ia para a “sela” e o fim era trágico.

Filho de Vanderlei, soldador - Paulista, e Cremilda, empregada doméstica - Carioca, tive mais três irmãs: Suzana, Rayssa e Luana. Sou o irmão mais velho. Casado com a Bruna (também terapeuta ocupacional), pai de Apólo, Alice e, recentemente, em meio a composição dessa pesquisa, do Arthur.

Desde muito novo, acompanhei meu pai em aventuras de pesca e o auxiliava a “consertar coisas”. Tínhamos um “quartinho” que construimos no quintal dos fundos. Lá tinha todo tipo de ferramenta, tínhamos muitas possibilidades, tanto para consertar, criar e claro, fazer gambiarras! Éramos ótimos nisso, modéstia parte, quase sempre ficava melhor que o original. Essas experiências me renderam boas habilidades e também uma baita curiosidade para saber como as coisas funcionavam. Eu saía desmontando tudo “mesmo que só para ver como era”. Meus familiares, principalmente minha avó dizia, “esse menino vai ser cientista, é muito curioso.”

² “Burquinha” é um termo regional, comum em algumas áreas do Nordeste do Brasil, especialmente no Ceará. Refere a pequenas bolinhas feitas de barro ou argila, usadas em brincadeiras de infância bairro. Por algum motivo que desconheço, no meu bairro Burquinha era equivalente à bolinha de gude.

Por volta dos 15 anos, fiz uma espécie de estágio na sapataria do meu tio Renato, *in memoriam*. Lá pude aprender a trabalhar com couro, costura e madeira, apreciando muito *Rock and Roll* da *Kiss FM*. Pude acompanhar transformações de sapatos, a princípio, concebidas por mim como impossíveis: *“isso não tem conserto! - tem, sim! Só precisamos criar um jeito. Tem uns que não valem a pena, mas como o cliente gosta muito desse, vamos dar um jeito”*. Além do trabalho de rotina, meu tio sempre era bem-humorado e durante o trabalho fazia questão de fazer coisas que ele gostava muito, como, por exemplo, construir miniaturas de barcos de madeira. Sempre tinha um projeto em andamento. Num dos últimos, ele pediu minha ajuda para motorizar o barco e instalar um chip de controle remoto, já que eu também “manjava” de informática e eletrônica. Esse “estágio” na sapataria e a relação com meu tio contribuíram para adquirir minhas habilidades artesanais, principalmente com madeira.

Após a conclusão de um curso técnico em informática, aos 16 anos, fui convidado para assumir as aulas como instrutor. Segui uma certa carreira nessa área, chegando a ser responsável técnico e coordenador dos cursos por mais de seis anos. No entanto, embora gostasse muito de ensinar e consertar máquinas, algo estava estranho. Tinha uma certa previsibilidade em consertar e ensinar a consertar máquinas que já estava me incomodando. As máquinas me cansaram, ou eu me cansei delas. Decidi, então, que iria fazer uma faculdade, quem sabe cientista? Em 2012 comecei a estudar e me preparar para o vestibular, vislumbrei cursar filosofia, história, psicologia e até medicina. Apesar dessas áreas se apresentarem radicalmente diferentes da minha carreira anterior, na verdade, minha paixão e curiosidade por conhecimento já me renderam algumas afinidades.

Foi durante algumas pesquisas no site da PUC-Campinas, que vi o curso “Terapia Ocupacional”. Nunca havia ouvido falar, o que seria? O que um terapeuta ocupacional faz? Li o enunciado e, posteriormente, assisti um vídeo de apresentação, gravado pela professora Célia Emília. No vídeo, ela mostrava os laboratórios de atividades, repleto de ferramentas e materiais, falava, dentre muitas coisas, de cuidar de pessoas, cotidiano, saúde mental, adaptações e atividades. Eu pensei: “como é possível cuidar de pessoas dessa forma? Senti um friozinho na barriga *“que curso ‘dahora!’*, *eu quero isso!”*. Pesquisei muito, e vi que a profissão era mais antiga do que imaginava.

Em 2014, na segunda tentativa, consegui aprovação no vestibular da PUC-Campinas e uma bolsa de estudos do PROUNI³. Minha trajetória acadêmica foi marcada por muitos desafios, esforço e paixão. Não foi fácil. Principalmente, por ter que conciliar estudos, trabalho e família. Na época, eu era o primeiro da família a ter acesso à universidade. Acabei sendo o único homem em uma turma de mais 30 mulheres. Éramos um coletivo crítico e politizado. Elas talvez não saibam, mas me desconstruí e me construí aprendendo muito com elas!

Entre as diversas disciplinas, Terapia Ocupacional Geral, ART (Atividades e Recursos Terapêuticos) e Terapia Ocupacional em Saúde Mental (com a professora Luísa Ballarin), o “grupo” (com a professora Célia Emília) e a supervisão clínica em saúde mental (com a professora, Lourdes Feriotti) foram as minhas preferidas. Dentre as áreas de atuação da Terapia Ocupacional, o campo da saúde mental sempre me despertou particular interesse. Durante meu estágio em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial, álcool e outras drogas III (CAPS AD) “Reviver”⁴, pude explorar esse campo de forma prática e talvez “navegar em alto mar”⁵. Foi um período de muita intensidade e implicação política nos movimentos estudantis do Centro Acadêmico e do Movimento da Luta Antimanicomial de Campinas.

Vale a pena destacar que durante a graduação, sempre estive muito preocupado em qual *Raciocínio Clínico* utilizar. A característica de formação genérica me incomodava. Nesse sentido, a princípio, me aproximei e me interessei pelo referencial do Rui Chamone Jorge. No entanto, em uma das primeiras aulas de ART, em uma conversa sobre referenciais teóricos metodológicos com a professora Lourdes Feriotti, ela me sugeriu o livro “Trilhas Associativas” de Jô Benetton (Benetton, 2006). Desde então passei a estudá-lo em diferentes momentos e níveis de percepção e profundidade, sendo utilizado por mim como referência até hoje.

No final do estágio em saúde mental, meu interesse pela saúde mental se intensificou, assim como minhas inquietações sobre a prática da terapia ocupacional⁶. Qual referencial utilizarei para sustentar meu raciocínio clínico? Era natural o ingresso na residência multiprofissional e Saúde Mental, principalmente quem quisesse seguir nessa área. Apesar de

³ O Programa Universidade Para Todos (Prouni) - (Brasil, 2004)

⁴ Mantido pelo Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira, conveniada com a prefeitura municipal de Campinas,

⁵ Albino, J.P.C. Navegando em alto mar: um relato de experiência. Supervisão de T.O em Saúde mental, Centro de Ciências da Vida. PUC - Campinas, 2018.

⁶ Nesta dissertação, serão utilizadas as grafias: “Terapia Ocupacional”, com iniciais em letra maiúscula para se referir à profissão, e “terapia ocupacional”, com iniciais em letra minúscula para se referir à prática profissional, clínica ou assistencial, conforme sugerido por Benetton (1994).

querer seguir no campo da saúde mental, queria utilizar o Referencial do Método da Terapia Ocupacional Dinâmica - o qual havia começado a estudar desde a leitura das Trilhas Associativas. Isso estava muito claro para mim. Sobretudo, ao concluir meu TCC “Análise Teórica Metodológica da Abordagem Psicodinâmica da Terapia Ocupacional Brasileira” na qual, a partir de um estudo de revisão, comparei o referencial de Jô Benetton (MTOD) e Rui Chamone Jorge (MCLH⁷), assim como situar as contribuições de Nise da Silveira para terapia ocupacional brasileira, na época, sob a perspectiva psicodinâmica.

Em 2019, após concluir a graduação, iniciei o curso de especialização clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) no Centro de Estudos em Terapia Ocupacional (CETO) em São Paulo–SP. Concomitante, iniciava minha trajetória profissional na rede assistencial. A partir dessa combinação, minha identidade profissional foi forjada, e minha busca se direcionou para uma prática de terapia ocupacional que fosse “radical⁸”. Nas palavras do filósofo brasileiro Cortella (2014), radical “não é sinônimo de sectário [...], radical é que vai até as raízes e que tem princípios para sustentar as posições que carrega, mas também abrir a cabeça para pensar diferente”. No CETO pude aprofundar as origens e os princípios fundamentais da Terapia Ocupacional em uma perspectiva paradigmática, desenvolver um raciocínio clínico robusto e dinâmico, mantendo-me, ao mesmo tempo, aberto para o diálogo com outros campos do conhecimento. Foi uma formação intensa, permeada de afetos!

No processo de conclusão da formação, paralelamente, experimentei experiências profissionais desafiadoras que me convocaram a questionar e a refletir sobre a atuação da Terapia Ocupacional em saúde mental na Atenção Psicossocial (AP) a partir do MTOD. Como assim, atendimento individual em terapia ocupacional no CAPS AD? Terapia? Atividades? No trabalho de conclusão da formação escrevi “O Método da Terapia Ocupacional Dinâmica no contexto da Atenção Psicossocial: um relato de experiência” onde illustrei um caso clínico, atendido no CAPS AD a partir de minha prática sustentada pelo MTOD. Essa experiência foi responsável por provocar situações de intensas reflexões sobre possíveis fenômenos da prática clínica da terapia ocupacional nesse campo, me inspirando, e, em alguma medida, me convocando a seguir o caminho da pesquisa clínica e acadêmica em Terapia Ocupacional. Talvez, tenha sido nessa experiência singular que se iniciou minha jornada como pesquisador.

⁷ Rodapé ou escreva inteiro no texto

⁸ Relativo ou pertencente à raiz (latim *radix*) ou à origem.

Hoje, além de pesquisador no campo da Terapia Ocupacional, sigo como terapeuta ocupacional do CAPS AD, realizando atendimentos clínicos individuais, em grupo - coordeno grupos de referência, prevenção e redução de danos, grupo de homens. Também realizo atividades de apoio matricial e preceptoria dos cursos de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, UFSCar e da residência multiprofissional em saúde mental da Unicamp, entre outras atividades. Já experimentei a gestão do CAPS interinamente em alguns momentos, inclusive no transcorrer desta pesquisa! Talvez, em algum momento, isso possa compor novos caminhos e aventuras!



“Carpinteiro do universo inteiro, eu sou

Não sei por que nasci

*Pra querer ajudar a querer consertar o que não
pode ser*

Não sei, pois nasci para isso, e aquilo

E o enguiço de tanto querer

[...]

Carpinteiro do universo inteiro, eu sou assim

No final

Carpinteiro de mim”

(Raul Seixas, 1989)

Notas sobre a implicação

Escrever sobre uma história recente onde se é também protagonista e se pretende, isenta de paixões, sustentar as controvérsias de uma era turbinada da política de Saúde Mental do Brasil é missão quase impossível (Pitta, 2011, p.4580).

Certo dia de trabalho, em uma reunião de equipe, eu estava compondo uma discussão de caso com a equipe multi⁹ e de referência. Na ocasião, eu era um dos profissionais que também compartilhava a referência do caso e dessa forma, tinha maior afinidade com sua situação. Ao ampliar o caso para equipe, apresentei o caso a partir da perspectiva do diagnóstico situacional, provocando refletir a situação e seus atores de forma ampliada (Benetton *et al.*, 2021), com objetivo de pensar possíveis estratégias interdisciplinares e intersetoriais para as dificuldades e desafios que se apresentavam. Após a discussão, um membro da equipe referiu:

— *“João, às vezes tenho a impressão de que você é ‘O Psiquiatra!’”.*

Naquele momento, refleti sobre o que discutimos e me questioneei o porquê daquela associação realizada em forma de afirmação. Eu “O” Psiquiatra?! Me senti provocado! Será que rompi alguma fronteira? Ou fui desrespeitoso? Talvez tenha cometido algum equívoco? Será que foi porque utilizei um discurso sustentado em um raciocínio teórico metodológico não hegemônico? Todas essas possibilidades passaram por minha mente em um instante. Intuitivamente, respondi:

— *“Não! Você está equivocado, eu sou terapeuta ocupacional, radicalmente¹⁰ terapeuta ocupacional!”*

Minha intenção em compartilhar esse recorte, não é aprofundar as intersecções de poder ou denunciar uma injustiça a partir das micro relações e discursos. Embora, confesso que me sinta provocado a tal empreitada, não é objetivo desta seção. Mas sim, destacar que essa situação ocorreu em um período chave desta pesquisa, onde revisito suas origens e seus objetivos em um processo constante de autopoiese. Enquanto terapeuta ocupacional, vivencio

⁹ No presente dia, tínhamos profissionais, psicólogas (os), enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem, médico (a) clínico, psiquiátrica, agentes de ação social, assistente social, uma residente terapeuta ocupacional da residência multiprofissional em saúde mental da Unicamp e uma estagiária do último de terapia ocupacional da PUC - Campinas.

¹⁰ Anteriormente, na seção apresentação do pesquisador, explicito o sentido de radical ao qual me referi.

meu “próprio objeto de pesquisa”, ao mesmo tempo, em que o pesquiso ampliadamente em outras perspectivas.

Para tanto, quero destacar meu nível de implicação profissional enquanto pesquisador, entrelaçado pela interface da clínica. Aliás, foi a partir dessa prática que esta pesquisa foi impulsionada e conseqüentemente realizada. Goldenberg (2005) defende que a pesquisa científica não se reduza a certos procedimentos metodológicos, e nos instiga a pensar em um processo permeado por “criatividade, disciplina, organização e modéstia, baseando-se no confronto permanente entre o possível e o impossível, entre o conhecimento e a ignorância” (p. 13) E nesse sentido, afirma que nenhuma pesquisa é totalmente controlável, com seus processos previsíveis, destacando que o pesquisador sempre está em “estado de tensão” devido às limitações e parcialidades de seu conhecimento (Goldenberg, 2005).

Explicitar, objetivar e problematizar minhas implicações com esse tema, faz parte de um exercício constante para a realização desta pesquisa, sobretudo para afirmar meu compromisso ético, técnico e estético com esse estudo.

Quanto mais o pesquisador tem consciência de suas preferências pessoais, mais é capaz de evitar o bias, muito mais do que aquele que trabalha com a ilusão de ser orientado apenas por considerações científicas (Goldenberg, 2005, p. 45).

Nesse sentido, além de objetivar e explicitar minha relação com esse tema, “o que determina como trabalhar é o problema que se quer trabalhar, só se escolhe o caminho quando se sabe onde se quer chegar” (Goldenberg, 2005, p. 14). E, aonde quero chegar? Qual caminho seguir? Negar minha relação prévia e constante com o tema pesquisado deixaria este estudo incompleto e metodologicamente incoerente. Qual o objetivo da pesquisa científica senão sua contribuição com os problemas concretos do cotidiano humano? Certamente, há muito o que dizer a respeito da função da pesquisa.

Detendo-me à pesquisa em Terapia Ocupacional, sobretudo a esse estudo de natureza qualitativa, seguirei um caminho defendido pela escola de Chicago, pioneira em adotar uma postura crítica e profunda as pesquisas qualitativas a partir do interacionismo simbólico. Goldenberg (2005), ao se apoiar no interacionismo simbólico de George Mead, considera que

[...] enfatizando a natureza simbólica da vida social [...] as atividades interativas dos indivíduos que produzem as significações sociais. Uma consequência importante deste postulado é que **o pesquisador só pode ter acesso a esses fenômenos particulares, que são as produções sociais significantes dos indivíduos, quando participa do mundo que se propõe estudar** [...] (p.27 - grifo nosso)

E ainda, “John Dewey, trouxe para o interacionismo, o pragmatismo, uma filosofia de intervenção social que postula que o pesquisador deve estar envolvido com a vida de sua cidade e se interessar por sua transformação social” (Goldenberg, 2005, p. 26 - *grifo nosso*)

No início desta pesquisa, na disciplina Contextos e Tendências, a Prof^a Taís Quevedo Marcolino, nos convidou a pensar a partir de um exercício reflexivo: “Qual(is) pilar(es) sustentam a ciência que pretendo produzir? Quais evidências pretendo dar visibilidade?”

“Os pilares que utilizo para sustentar a ciência que quero produzir e praticar, se fundamentam na dúvida, criatividade, na ética e estética da terapia ocupacional, bem como, no aprimoramento constante da prática clínica com olhar crítico, utilizando o diálogo entre pares para enriquecimento mútuo, com respeito e humildade, considerando a diversidade como parte integrante do todo, sem a qual não caberia a democracia e a riqueza de existências e seus modos possíveis. No entanto, não ousou ser ingênuo em deixar de refletir sobre os modos de produção e controle social associados também a partir das práticas científicas e profissionais. Existe aí um perigoso jogo de tensões, onde não existe neutralidade pura.”

Nesse sentido, as evidências que pretendo dar visibilidade são aquelas que se derivam de suas práticas específicas, principalmente do Método da Terapia Ocupacional Dinâmica, em diálogo com outros campos de conhecimento e/ação, com ênfase ao campo da Saúde Mental Coletiva (SMC) e da AP.

Por fim, as implicações apresentadas buscam compartilhar a autenticidade de meus objetivos enquanto profissional e pesquisador entrelaçadas a esse estudo. A seguir, na apresentação da pesquisa, evidencio alguns recortes que melhor ilustram minha implicação profissional e a origem desta pesquisa.

Apresentação da pesquisa

É o mês de agosto de 2019, lá estava eu na segunda fase do processo seletivo para vaga de terapeuta ocupacional para o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III) “Antônio Orlando” - Dr. Cândido Ferreira em Campinas- SP. Estávamos no “ateliê” do serviço, tinha cinco profissionais, dentre eles, três terapeutas ocupacionais. Em meio à entrevista, destaco uma pergunta realizada por uma terapeuta ocupacional:

— “João, vi que você está concluindo a formação clínica no MTOD, pensando na sua possível atuação aqui no CAPS AD, de que maneira sua formação no MTOD pode contribuir para esse campo da clínica AD?”

Naquele momento, pensei, pensei e, por mais que eu racionalizasse ou associasse ideias e conceitos de forma teórica, empiricamente, já tinha vivenciado tal questão em uma experiência prática¹¹, então de forma espontânea, respondi:

— “O MTOD dialoga com o campo da atenção psicossocial, principalmente com o conceito de clínica ampliada e da estratégia de redução de danos. No MTOD, não trabalhamos com enfoque na doença/sintomas e sim com a ampliação dos espaços de saúde a partir do sujeito, dialogando com os objetivos da redução de danos e da clínica ampliada e do seu Projeto Terapêutico Singular - PTS. Acredito que as ações de núcleo a partir do MTOD podem contribuir para os processos de inserção social e ampliação do cotidiano dessas pessoas, geralmente à margem da sociedade”.

Essa pergunta da entrevista me afetou de forma especial. Nunca tinha pensado (teoricamente) ou lido tal afirmação objetivamente. A resposta emergiu da minha experiência concreta e, desta forma, assim como uma reação em cadeia, ao longo da minha prática, principalmente no primeiro ano, uma série de eventos e ações desencadearam-se e derivaram-se em outras, de forma contínua. Em alguma medida, todas em torno dessa “resposta” - só que no campo prático, sobretudo interprofissional.

Como assim, atendimento individual em terapia ocupacional no CAPS AD? Terapia? Relação Triádica? “Trilhas associativas?” No trabalho de conclusão da formação escrevi “O Método da Terapia Ocupacional Dinâmica no contexto da Atenção Psicossocial: um relato de experiência” em que ilustrei um caso clínico, atendido no CAPS AD a partir de minha prática

¹¹ Experiência profissional como Terapeuta Ocupacional em um CAPS AD II na cidade de Hortolândia

sustentada pelo MTOD. Essa experiência, foi responsável por provocar situações de intensas reflexões e confirmar a potência desse referencial nesse campo.

Em reuniões de núcleo, a diversidade teórico-metodológica, atrelada às ricas experiências profissionais, enriqueciam nossas reflexões acerca da prática do serviço. No entanto, por vezes, a minha prática era questionada e colocada à prova sobre sua compatibilidade com o campo da Atenção Psicossocial. Igualmente, eu também questionava como operacionalizar os objetivos do campo a partir da terapia ocupacional, o que nem sempre era muito claro principalmente para os demais profissionais da equipe multidisciplinar. Eu buscava provocar reflexões quanto aos procedimentos, atrelados ao raciocínio clínico e problematizava situações, do tipo: como ampliamos o cotidiano de uma pessoa em sofrimento psíquico, associado ao uso abusivo e problemático de álcool e outras drogas? Como acessar ou conhecer essa pessoa, seu cotidiano? Apenas pela escuta tradicional? Qual nossa especificidade?

Tive a sorte e honra de conhecer e trabalhar com pessoas extraordinárias ao longo desse processo. Lembro-me de uma conversa com Dr. A. que, ao longo de sua prática clínica em saúde mental, sempre trabalhou em conjunto com terapeutas ocupacionais. Resguardada a carinhosa admiração, de forma crítica, atento aos fenômenos interprofissionais, me disse:

— João, os terapeutas ocupacionais precisam se posicionar quanto à sua prática e defendê-la enquanto terapia! Quero dizer, embora vocês utilizem atividade, terapia ocupacional não é só para quem não “produz na fala”, é Terapia! E como tal, tem suas potencialidades. A maioria da equipe não sabe isso, então você tem de falar isso e sustentar! Só assim vão entender e respeitar a Terapia Ocupacional.

Não é fácil ser terapeuta ocupacional na saúde mental na Atenção Psicossocial. Por quê? Porque não está claro para os demais profissionais qual é sua especificidade clínica. Mas por que será? Mesmo com mais de 50 anos de existência da profissão no Brasil, ainda temos uma identidade profissional fragilizada no campo da saúde mental. Ao buscar atuar nesse fenômeno, os desafios se ampliaram, pois as discussões sobre núcleo sempre tendiam a ser sobrepujadas pela perspectiva do campo.

Nesse sentido, como terapeuta ocupacional que trabalha com o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) atuando no campo da Atenção Psicossocial, em específico sobre a prática clínica em terapia ocupacional nos CAPS AD, constatei empiricamente importantes diálogos teóricos e práticos entre as práticas de núcleo e campo. Entretanto, vivenciei ocasionalmente o enfrentamento de situações em que essa prática recebeu

questionamentos e até mesmo julgamentos de pares. Essas situações me estimularam a ampliar essa discussão com a literatura especializada, bem como buscar compreender a partir da perspectiva de outros terapeutas ocupacionais que trabalham com MTOD quais são as potências, as fragilidades e desafios percebidos no diálogo entre o MTOD e o referencial da AP no âmbito da saúde pública.

O título dessa pesquisa foi inspirado no artigo de Jô Benetton, de 1993 - *A terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível?* - a partir de “várias viagens” com a orientadora. Taís Quevedo Marcolino que me acolheu e tem me acompanhado nessa atividade de pesquisa, em um processo de não só encontrar o caminho das pedras, mas também de construir o meu próprio caminho das pedras, e desta forma, na mais autêntica singularidade, promover espaço de historicidade em que eu também possa tornar-me pesquisador.

Assim, esta pesquisa após a presente apresentação, está organizada em 5 partes: parte 1, composta pela introdução e os capítulos 1, 2, 3 onde serão apresentados os caminhos para compreender a origem desta pesquisa, diálogos introdutórios entre a terapia ocupacional em saúde mental, problemática norteadora e os capítulos teóricos sobre AP e o Método Terapia Ocupacional Dinâmica.

A parte 2 irá apresentar, o percurso metodológico e seus capítulos 4 e 5. Objetivos e metodologia, respectivamente.

A parte 3 irá apresentar os resultados desta pesquisa a partir dos capítulos 6 e 7. Compostos pelas compreensões conceituais e epistemológicas entre MTOD e AP: Pontos de convergência, e pelos resultados da pesquisa de campo compostos pela caracterização das participantes e dos resultados qualitativos provenientes da triangulação da análise temática sendo, respectivamente: Compressões a respeito da AP; terapia ocupacional na AP e Diálogos entre o MTOD e AP.

A parte 4 irá apresentar a discussão, composta pelos capítulos 8, 9, 10 e 11 sendo composta respectivamente pela discussão dos dados sociodemográficos, compreensões a respeito da AP, O “DNA” da Terapia Ocupacional na AP e por fim, as relações possíveis entre o MTOD e AP.

Por fim, a parte 5, destina-se exclusivamente ao capítulo 11, composto pelas considerações finais a respeito da pesquisa, destacando suas principais contribuições e desafios.

PARTE 1. INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1 - TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL, ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA

Diálogos introdutórios

No Brasil, em meio ao contínuo processo de superação das práticas manicomiais, a Terapia Ocupacional tem ocupado papel ativo e protagonista nos processos de transformações do campo da saúde mental, compondo o movimento da reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e das equipes multidisciplinares em toda Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Pitta, 2011; Shimoguri, 2019; Benetton, 2016; Morato; Lussi, 2018).

A Atenção Psicossocial é um conceito amplo, polissêmico e complexo. Historicamente, no Brasil começou a ser utilizada na década 1980 e 1990 a partir das primeiras experiências dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). A AP caracteriza-se, a princípio, como o conjunto de práticas desenvolvidas em alternativa as práticas manicomiais, sustentado pelo Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (Venancio *et al.*, 1997; Costa-rosa, 2013; Shimoguri, 2019). Desta forma, a AP pode ser compreendida como paradigma, campo e política pública que reúnem e promovem o desenvolvimento de um arcabouço teórico-prático para o campo da SMC, norteando ativamente o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira- RPB (Venancio *et al.*, 1997; Brasil, 2001/2011; Costa-Rosa, 2013; Amarante e Nunes, 2018; Morato, 2019; Shimoguri, 2019).

Nesse sentido, a AP é o principal referencial orientador das políticas públicas e das práticas em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde. Concomitante, reúne relevante influência para a Terapia Ocupacional, com práticas que dialogam e contribuem de forma singular com a instrumentalização e efetivação dos seus pressupostos, sobretudo para os processos de Reabilitação Psicossocial (RP) preconizado pela AP (Brasil, 2011; Shimoguri; Costa-Rosa, 2017; Morato; Lussi, 2018; Ricci, Marques, Marcolino, 2018; Morato, 2019; Mazaro *et al.*, 2021).

No campo da saúde mental, em meio às suas constantes transformações, as equipes de saúde têm valorizado o trabalho inter e transdisciplinar, embora, aspectos relacionados à

identidade profissional de terapeutas ocupacionais sejam igualmente convocados à problematização (Ballarin e Carvalho, 2007). No diálogo com a problemática desta pesquisa, podemos identificar dois fenômenos. O primeiro, é que o trabalho inter e transdisciplinar nas equipes multiprofissionais de saúde tem se constituído como tendência e desafio contemporâneo (Feriotti, 2009). E o segundo, vem associado à prática clínica da terapia ocupacional nas equipes multidisciplinares sob a dinâmica da interdisciplinaridade.

Nesse sentido, mesmo que a terapia ocupacional possua instrumentais técnicos efetivos, sustentados por conhecimentos interdisciplinares das áreas da saúde, educação, social e cultural, somadas às transformações no campo da SMC, fortemente influenciadas pelo paradigma social, um grande desafio é conferido à Terapia Ocupacional em se afirmar enquanto profissão e área de saber (Almeida; Trevisan, 2011; Shimoguri; Costa-Rosa, 2017).

Quanto à prática dos terapeutas ocupacionais nos CAPS, a literatura evidencia a emergência de temáticas como a especificidade e a identidade profissional atreladas a questões elementares como a definição de Terapia Ocupacional acompanhadas de notáveis dificuldades em nomear suas ações (Juns e Lancman, 2011; Morato, 2019). Embora esse fenômeno, e “dificuldades” decorrentes, sejam explicitadas em estudos contemporâneos, Benetton (1994) destacou problemática consonante ao enunciar que os “temas da Terapia Ocupacional são abordados de tal forma que convocam em torno de si próprios duas ou três abordagens teóricas [...] dando a impressão de construir uma interdisciplinaridade” (p. 2).

Desta forma, a autora chama a atenção para a criação de teorias e práticas que advêm da migração de outros campos do saber para a Terapia Ocupacional, produzindo muitas vezes “conexões estéreis”, ocasionando confusões em diversos níveis da prática. Sobretudo, pela falta de clareza na transmissão de um saber específico, “pairando sempre sobre nossas cabeças questões como o que é Terapia Ocupacional? Ou o que faz uma terapeuta ocupacional?” (Benetton, 1994, p. 2). A partir da relação entre os estudos precedentes e contemporâneos que abordam a interdisciplinaridade e a prática da terapia ocupacional em saúde mental, compreende-se a existência de uma lacuna a ser explorada!

No Brasil e no mundo, as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas por um amplo movimento das terapeutas ocupacionais a fim de buscar por fundamentação teórico-metodológica para suas práticas em decorrência da crise de identidade inerente a sua construção (Guglielmo, 2014). Foi nesse contexto de crise interna da profissão que, em 1972, Jô Benetton iniciou uma série de estudos e supervisões de casos clínicos. Posteriormente, em 1980, em

conjunto com Sonia Ferrari, elas fundam o Centro de Estudos em Terapia Ocupacional (CETO) com o propósito de formar terapeutas ocupacionais para a prática clínica (Benetton *et al.*, 2021).

Tendo como propósito a pesquisa de teorias, métodos e técnicas em terapia ocupacional, o CETO desenvolveu cursos de formação clínica para terapeutas ocupacionais em diferentes momentos, com diferentes formatos, em um contínuo processo de aperfeiçoamento (Benetton *et al.*, 2021). Em um primeiro momento, o “Curso de especialização de Terapia Ocupacional em Psiquiatria” direcionado a prática com pacientes psicóticos; posteriormente o “Curso de Especialização em Terapia Ocupacional Psicodinâmica” tendo como base a teoria psicodinâmica. E um terceiro momento, iniciado em 1994, Jô Benetton edifica a construção de um corpo teórico próprio a partir de estudos sobre teoria da técnica e a investigação da experiência e prática clínica, defendendo a tese “*A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*”, a qual estabelece como base para criação de um método em terapia ocupacional.

Posteriormente, em sua pesquisa de pós-doutorado, Jô Benetton resgata e aprofunda seus estudos para as teorias da técnica e seus paradigmas constituintes à história da profissão com ênfase no trabalho de Slagle. A partir daí consolida-se o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), construído no Paradigma da Terapia Ocupacional, (Benetton *et al.*, 2021).

Nesse sentido, em resposta à problemática apresentada (Benetton, 1994; Juns e Lancman, 2011; Almeida; Trevisan, 2011; Shimoguiri e Costa-Rosa, 2017; Morato 2019) destacamos, Marcolino (2018) ao afirmar que para Benetton (1994)

[...] esse desafio foi resolvido na medida em que reconhece que é a natureza empírica da Terapia Ocupacional que dificulta sua transmissão. Desse modo, apoiada em um processo de teoria da técnica, que consiste em ‘a partir da observação e análise dos fenômenos clínicos, construir generalizações que possam oferecer explicações de ordem teórica e que sustentem um arcabouço teórico-metodológico que se volte novamente para a clínica’ buscou construir um corpo teórico e metodológico próprio, o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). O esforço foi o de encontrar uma linguagem – hoje, um desenho metodológico – ‘capaz de agir como estrutura’ para elaborações das situações empíricas, de modo a possibilitar a transmissão do conhecimento e, conseqüentemente, sustentar o raciocínio clínico (Marcolino, 2018, p. 105).

O MTOD é um referencial teórico-metodológico que orienta e sustenta a prática em terapia ocupacional (Benetton, 1994; 2006, 2012; Marcolino, 2005; 2009; 2012, Benetton e Marcolino, 2013, Benetton *et al.*, 2021; Araújo, 2022, Mello *et al.*, 2024). Foi criado e vem sendo desenvolvido ao longo de mais de 50 anos de prática e pesquisa pela terapeuta ocupacional e pesquisadora Jô Benetton (falecida recentemente neste ano), a partir da

investigação da prática clínica por meio do processo de teoria da técnica. Fundado em consonância com o Paradigma da Terapia Ocupacional, o MTOD focaliza uma saúde singularizada e objetiva a participação e a inserção social (Benetton *et al.*, 2021). Atualmente, o MTOD segue em desenvolvimento por uma rede de profissionais e pesquisadoras(es) para as quais a prática clínica e a pesquisa se apresentam indissociáveis, constituindo-se no único método registrado como propriedade intelectual em território brasileiro; sendo o mais antigo empreendimento de pesquisa no campo da terapia ocupacional brasileira (Benetton *et al.*, 2021, Araujo, 2022, Mello, 2023).

Ricci, Marques e Marcolino (2018), em pesquisa realizada para identificar os referenciais teórico-metodológicos expressos por terapeutas ocupacionais em saúde mental em trabalhos apresentados em congressos da área, destacam a “fragilidade da produção de conhecimento brasileiro sobre os modos de produzir a prática, buscando sistematizá-la com vistas à produção teórica e metodológica” (p. 923). Entretanto, no mesmo estudo, indicam que “34% dos trabalhos com referenciais correlatos à terapia ocupacional” foram atribuídos a “Reabilitação Psicossocial” assim como “8,5% dos trabalhos que apresentaram referenciais teóricos próprios da terapia ocupacional, desse total, 71,4% referiram-se ao Método Terapia Ocupacional Dinâmica” (p. 921).

Problemática norteadora - uma proposição investigativa a partir do discurso da prática

Embora tenhamos avançado com as práticas em saúde mental a partir do referencial da Atenção Psicossocial, com destaque para a relevância da Terapia Ocupacional nesse campo, percebe-se necessidade de aprofundamento e aprimoramento dirigido à prática clínica (Rotelli, 1990; Amarante, 1996; Juns e Lancman, 2011; Onocko-Campos, 2014; Saraceno, 2016b; Pitta, 2016; Morato 2019; Ricci, Marques e Marcolino, 2018).

Com destaque ao campo da saúde mental, ao longo desses 104 anos de história da Terapia Ocupacional, muitos temas já foram e ainda são discutidos e problematizados, considerando inclusive momentos de crises e debates acirrados (Medeiros, 2010; Guglielmo, 2014). Chamo atenção para a prática clínica em Terapia Ocupacional, em particular na saúde pública, no contexto da Atenção Psicossocial, em que os terapeutas ocupacionais inseridos em equipes multiprofissionais sob a lógica da interdisciplinaridade partilham desafios de ter clareza sobre aspectos próprios do campo, núcleo e de suas inter-relações (Morato, 2019)

Onocko-Campos (2014) reitera que ao nível operacional “sempre nos deparamos com uma escolha clínica” (p. 98) e chama atenção para o esvaziamento das discussões na literatura sobre clínica nos serviços de saúde mental. Nesse sentido, um dos grandes desafios contemporâneos trata da perspectiva e prática clínica nos serviços substitutivos de saúde mental, visto que, embora seja preconizado a valorização do sujeito em sua totalidade, colocando a doença entre parênteses, equivocadamente nos deparamos com a negação da doença e, conseqüentemente e/ou paralelamente, da clínica (Rotelli, 1990; Amarante, 1996; Onocko-Campos, 2014).

Minha experiência nesse campo vem me levando a questionar de que modo os terapeutas ocupacionais pensam sua especificidade clínica? Além da lógica interdisciplinar das práticas de campo, como acontece o raciocínio clínico e/ou profissional? Quais são os possíveis diálogos entre um método específico da Terapia Ocupacional e a AP no âmbito da saúde pública? De modo que não se percam ou se neguem as próprias especificidades: seria possível essa relação?

Benetton (1993/2016), em seu texto "Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: Uma relação possível?", publicado no livro "Reabilitação Psicossocial no Brasil", organizado por Ana Pitta, afirma que a Terapia Ocupacional tem plenas condições de cumprir os pressupostos da RP, mas também reflete sobre a necessidade de avanço técnico da Terapia Ocupacional “em contraposição ao puro e simples movimento de adaptação a projetos da saúde” (p. 188). Essa autora afirma, sobretudo, a compreensão de que o propósito final da Terapia Ocupacional é a inclusão social por meio da construção de um cotidiano marcado pela “aquisição” e não pela “reaquisição” - propondo, inclusive, a revisão do conceito de “reabilitação” em Reabilitação Psicossocial.

A princípio, essa pesquisa tinha o objetivo de explorar as relações entre o MTOD e a Reabilitação Psicossocial. No entanto, a partir de revisão de literatura, sobretudo o profundo estudo de (Morato, 2019) compreendeu-se de que, na verdade, trata-se de uma pesquisa com perspectiva voltada a Atenção Psicossocial, pois embora a RP tenha se constituído enquanto um operador teórico-prático da RPB (Morato, 2019) atualmente a AP constitui-se enquanto paradigma, campo e política pública que reúnem e promovem o desenvolvimento de um arcabouço teórico-prático ampliado, incluindo a reabilitação psicossocial para o campo da SMC, norteando processo e o projeto de RPB (Venancio *et al.*, 1997; Brasil, 2001/2011; Costa-Rosa, 2013; Amarante, 2018; Morato, 2019; Shimoguri, 2019)

Motivado e imerso por essas questões, sinto-me convocado a pesquisar como vêm se dando as relações entre a prática em Terapia Ocupacional sustentada pelo MTOD no campo da

saúde mental, em serviços comunitários de saúde mental brasileiros, e a Atenção Psicossocial, e assim contribuir tanto para o aprimoramento técnico-científico da Terapia Ocupacional, do MTOD, e da Atenção Psicossocial. A seguir, tais referenciais serão apresentados.

CAPÍTULO 2 - MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA

A história de criação e desenvolvimento do MTOD está intimamente relacionado à trajetória profissional de Jô Benetton, destacando-se como liderança na inovação de construção de conhecimento na terapia ocupacional brasileira (Albino; Mello; Marcolino, 2024, no prelo). Consequentemente, essa construção também se encontra entrelaçada à história da própria Terapia Ocupacional brasileira, especialmente no contexto da RSB e RPB e da subsequente construção de políticas públicas relevantes no âmbito da saúde e desenvolvimento social, como a Atenção Psicossocial (Benetton, 2006; Pitta, 2016; Albino *et al*, 2024, No Prelo).

A herança de Slagle para mim está, sobretudo, no estudo e procura da lógica interna de um método de terapia ocupacional, com base no conceito filosófico e leigo da saúde como “bem estar”. Assim sendo, os procedimentos em terapia ocupacional são construídos a partir da ideia de que serão em parte a exploração de aspectos saudáveis e por outra parte a ampliação de recursos para a construção do cotidiano. Deve-se poder experimentar na terapia ocupacional uma vivência ética-estética da saúde, a arte de bem viver (Benetton, 2006, p.31).

A seguir, o Quadro 1. apresenta sistematização realizada por Benetton e Marcolino dos fundamentos do MTOD.

Quadro 1. Fundamentos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) no paradigma da Terapia Ocupacional

TREINAMENTOS DE HÁBITOS	MTOD
Mudança de hábitos	Ampliação e eventual construção de cotidiano
Sujeito-alvo/atividades	Sujeito-alvo com necessidades e/ou desejantes
Saúde	Saúde
Atividades	Atividades
Reinserção social	Inserção Social
Treino e personalidade da terapeuta	Formação da terapeuta
Reeducação	Educação

Fonte: (Benetton e Marcolino, 2013, p.646)

Neste capítulo, apresentaremos o MTOD com destaque para sua origem e desenvolvimento epistemológico em diálogo com o contexto do movimento da RPB pelo qual

se apresenta entrelaçada a trajetória de Jô Benetton, terapeuta ocupacional, pesquisadora e personagem ativa nesse processo. Posteriormente, apresentaremos uma breve evolução da matriz conceitual e terminológica do MTOD, e por fim, o MTOD hoje, contextos e tendências.

Situando: caminhos para compreensão da origem e desenvolvimento epistemológico do MTOD

Em consonância aos objetivos desta pesquisa, apresentaremos origem e o desenvolvimento do MTOD a partir do vértice epistemológico de sua origem e fundamentação, conforme delineado por Chibeni (2012). Nesse sentido, ancorados na trajetória clínica e acadêmica de sua autora, Jô Benetton (Albino *et al.*, 2024, no prelo), destacaremos o diálogo com os eventos-chave do campo da terapia ocupacional e da saúde mental, e do Movimento da RPB (Pitta, 2016).

Escrever sobre epistemologia do conhecimento não é uma tarefa fácil, sobretudo, no campo da Terapia Ocupacional e da Saúde Mental, em que suas múltiplas intersecções desafiam uma composição identitária própria. Arrisco a dizer que, desde da fundação da profissão, exista um “embrolho epistemológico”, isto é, uma forma de confusão que nos afeta ainda hoje, como se fosse um “fantasma mal-assombrado”. Jô Benetton, (1994) explorou esse fenômeno afirmando:

[...] temas da Terapia Ocupacional são abordados de tal forma que convocam em torno de si próprios duas ou três abordagens teóricas e/ou metodológicas e/ou técnicas, dando a impressão de construir uma interdisciplinaridade [...], entretanto, as conexões parecem-me estéreis, uma vez que não resultam na criação de um novo objeto. Existe aí uma nucleação de problemas e ausência de soluções. Com isso resta-nos um sério limite, que é a impossibilidade da transmissão de um saber, pairando sempre sobre nossas cabeças questões como ‘o que é Terapia Ocupacional?’ ou ‘o que faz uma terapeuta ocupacional?’ [...] há, ainda, a invenção de pseudoteorias em Terapia Ocupacional, uma vez que são buscados objetos fora dela própria para as construções teóricas” (Benetton, 1994, p.2).

Diante desse contexto, a origem epistemológica do MTOD teve sua gênese a partir da prática clínica de sua autora, Jô Benetton, que ao colocar sua própria prática como objeto de estudos (Benetton, 1991; 1994) instaurou um método de investigação nomeado de teoria da

técnica, segundo o qual é “a partir da observação e análise dos fenômenos clínicos, construir generalizações que possam oferecer explicações de ordem teórica e que sustentem um arcabouço teórico-metodológico que se volte novamente para clínica” (Benetton e Marcolino, 2013, p. 647). Atualmente, tem-se clareza de como o processo de teoria da técnica possibilitou a construção e a fundamentação de um método para a prática em consonância com o paradigma da terapia ocupacional, compondo um eixo metodológico próprio para terapia ocupacional (Benetton, 2005; Marcolino, 2018)

O desenvolvimento teórico-metodológico do MTOD passou por diferentes fases ao longo de sua criação, envolvendo a evolução de sua matriz terminológica, conceitual e procedimental (Marcolino e Fantinatti, 2013). Para situar e compreender esse processo, recorreremos a alguns recortes históricos da terapia ocupacional nos âmbitos internacional e nacional. Cientes de que resgatar a história de uma profissão, assim como mergulhar em suas epistemologias, pode representar um desafio, nos propusemos a explorá-la sob a perspectiva dos paradigmas tal como proposto por Benetton (2005): (1) Paradigma da Medicina, (2) Paradigma da Terapia Ocupacional; (3) Paradigma da Reabilitação. Desta forma, esperamos apresentar um panorama de sua constituição no Brasil, sendo esta compreensão importante para situar a origem e a fundamentação do MTOD, pois ela não surgiu ao acaso.

História geral

“Para começara estudara história da Terapia Ocupacional é preciso pensar nela por dentro dela mesma” (Benetton, 2005, p.6).

Embora atualmente tenhamos avançado no estudo da história da Terapia Ocupacional, particularmente sobre a influência da Hull House no trabalho de Slagle e da terapia ocupacional de modo geral (Morrison, 2014), apresentaremos esta seção buscando explorar como Jô Benetton, com o acesso aos materiais disponíveis até o início dos anos 2000, organizou seu pensamento. Assim, a principal obra referenciada será Benetton (2006), que é a uma das principais obras da autora, e da literatura brasileira em terapia ocupacional.

A institucionalização da Terapia Ocupacional se inscreveu ao longo do século XX, em diferentes regiões do mundo, sobretudo em suas primeiras décadas (Benetton, 2006). A oficialização da Terapia Ocupacional, enquanto profissão e campo de saber foi arquitetada pelo movimento instaurado pela Sociedade Nacional para a Promoção da Reeducação pela Ocupação nos Estados Unidos da América (EUA) entre 1900 e 1917 (tornando-se posteriormente a Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA) (Benetton, 2006).

Nesse processo, destacam-se alguns marcos constituintes da profissão, assim como suas personagens fundantes. Entre eles, o curso de Ocupação e Recreação Curativa ministrado por Graham Taylor, em 1908 na Escola de Educação Cívica e filantrópica de Chicago, pertencente a Hull House, cujo objetivo era proporcionar melhores condições para o exercício da cidadania, trabalho e saúde de pessoas com dificuldades, deficiências e/ou adoecimento mental (Morrison, 2014). Eleanor Clarke Slagle foi aluna deste programa, a convite de Jane Adams (Benetton, 2006; Morrison, 2014).

Junto a essa iniciativa, a Sociedade de Higiene Mental estabeleceu, em 1909, um “departamento ocupacional” com o objetivo de prevenir doenças mentais. As pessoas que frequentavam esse departamento tinham necessidades terapêuticas e econômicas, mas as/os trabalhadoras/es enfrentavam dificuldades em encontrar postos de trabalho adequados para as pessoas com transtornos mentais que estavam aptas para trabalhar. Por isso, foi implementado um ateliê laboral experimental, que obteve grande sucesso e acabou sendo aplicado também a pessoas com outras deficiências (Loomis, 1992, apud Morrison, 2014, p.273).

Slagle, em 1911 coordenou um curso similar ao de Taylor, no Hospital Estadual de Newberry, Michigan e entre 1912 e 1913. Nesse contexto, é importante ressaltar que o

uso da ‘ocupação’ com fins assistenciais era nomeado, em diferentes países, em diferentes línguas, por: tratamento moral, tratamento do trabalho, terapia do trabalho, tratamento da ocupação, reeducação ocupacional, de ergoterapia (ergothérapie) laborterapia e praxiterapia (Benetton, 2006, p.19)

Sendo estas experiências precursoras, a origem da Terapia Ocupacional. Em meados de dezembro de 1914 em uma assembleia de trabalhadores hospitalares e da coordenação estadual da Insanidade de Massachussetts, em Boston, o arquiteto George Edward Barton sugeriu o termo “*therapy of occupation* – Ocupação Terapêutica”. No entanto, ainda no mesmo ano, em outra assembleia realizada, agora na Associação de Proteção à Reeducação pela Ocupação, foi votada a alteração do nome da profissão para *Occupational Therapy* – Terapia

Ocupacional (Benetton, 2006). Segundo Benetton (2006), esse é um marco importante para profissão recém criada, pois sua nomenclatura demarcou sua especificidade clínica na qual a terapia é qualificada pela “ocupação” e não mais a “ocupação” como “terapêutica”. Desta forma, esse evento destaca-se como um importante marco histórico da profissão com seu consequente processo de fundação e institucionalização (Benetton, 2006).

Intrinsecamente a esse contexto, a Terapia Ocupacional estava sob forte influência ideológica e teórica de programas como Tratamento Moral (Adolf Meyer), Terapia Ativa (Herman Simon) e Ocupação Biológica (Karl Schneider) e consequentemente o foco na supressão dos sintomas por meio das ocupações e do trabalho como técnica médica, constituindo-se como o paradigma da medicina, responsável por nortear práticas com enfoque ao enfrentamento e supressão de sintomas (Benetton, 2006).

Slagle, principal precursora da Terapia Ocupacional, em 1915 organizou o primeiro curso profissionalizante para terapeutas ocupacionais, sendo responsável pela criação e fundamentação da primeira técnica não médica, para o primeiro ensino e assistência em Terapia Ocupacional. Slagle, nos Estados Unidos, compartilhou um contexto em que o desenvolvimento técnico e científico no campo da assistência à saúde era geralmente submetido, em alguma medida, ao “saber médico” e “psiquiátrico”. E, embora fortemente influenciada pelo paradigma da medicina, Slagle estabeleceu sua revolucionária prática a partir da técnica Treinamentos de Hábitos, “sutilmente à margem” do “grande poder” preconizado pelo modelo médico (Benetton, 2006).

Naquele período, a premissa compartilhada entre a comunidade científica e da medicina era basicamente o enfrentamento de “sintomas” e a “cura” da doença. Slagle, com “Treinamentos de Hábitos” objetivou a “participação social” de pessoas com deficiências e sofrimento psíquico, sem o pressuposto da “cura” ou “enfrentamento de sintomas”, mas sim o com enfoque na valorização dos aspectos saudáveis do sujeito para adaptação das atividades cotidianas, sendo esta prática a gênese do Paradigma da Terapia Ocupacional (Benetton e Varela, 2001; Benetton, 2005, 2006).

Com a análise desse momento histórico da terapia ocupacional [...] desde o início da profissão existiam pelo menos duas tecnologias, fundamentadas por diferentes referenciais teóricos e aplicadas com objetivos específicos. Uma que procurava minimizar sintomas e outra que buscava ampliar os espaços de saúde (Benetton, 2006, p.35)

Entre as décadas de 1940 e 1960, a Terapia Ocupacional assim como as demais profissões, compartilharam um contexto caracterizado pela ascensão tecnológica e cultural dos EUA, assim como a grande demanda de tratar as pessoas que retornaram da 1ª e posteriormente da 2ª guerra mundial (De Carlo e Bartalotti, 2001; Benetton, 2006). Esse período se constituiu a partir de uma grande necessidade de reconstrução social, e com isso a cadeia produtiva demandou mão de obra qualificada e os soldados que chegavam do pós-guerra, também precisavam ser reabilitados. As práticas constituídas nessa perspectiva da reabilitação caracterizam o Paradigma da Reabilitação, em que seu principal objetivo é caracterizado por:

voltar a ser... nascido tanto da demanda dos militares como das perspectivas médicas de que os doentes e mutilados das guerras voltariam a ser o que haviam sido [...] a partir da psiquiatria e da Terapia Ocupacional o conceito de Reabilitação começou a ganhar forma (Benetton, 2005, p. 7).

Nesse sentido, fortemente influenciada pelo Movimento Internacional de Reabilitação e demais movimentos de sua época, Benetton (2006) destacou:

essas profissões foram construídas **demarcando espaços, especificando seus objetivos**, geralmente prevendo soluções para a mudança de comportamentos experimentado em laboratórios e não só sendo estudadas através da observação empírica e, principalmente, estabelecidos caminhos cada vez mais curtos para solução de problemas (p.20, *grifo nosso*).

Com destaque para as décadas de 1960 e 1970, a Terapia Ocupacional enfrentou uma profunda crise de identidade científica e profissional, caracterizada por questionamentos internos e externos sobre sua episteme, refletidas na compreensão de sua especificidade e consequentemente em sua autonomia profissional (De Carlo E Bartalotti; 2001; Guglielmo, 2014). A partir deste contexto, em todo o mundo iniciou-se um movimento de retorno das Terapeutas Ocupacionais às universidades em busca de fundamentação e validação científica, sobretudo teórico-prática (GUGLIELMO, 2014).

No Brasil - entrelaçamentos

“Lembro-me desses tempos como um grande tumulto” (Benetton, 1991, p.26)

No Brasil, esse fenômeno se manifestou de forma particular, pois em meio à eclosão desse movimento, a profissão Terapia Ocupacional era “recém nascida” e seu processo de institucionalização compartilhou movimentos internos que influenciaram seu percurso de desenvolvimento de forma muito singular, como a redemocratização brasileira, pós-ditadura, a Reforma Psiquiatria Brasileira, a criação do SUS concomitante ao processo social complexo da RPB, ainda em curso.

Em meio a esse processo de crises, reformas e construções, destaca-se a trajetória profissional de Jô Benetton, e sua trajetória de liderança e inovação na construção de caminhos metodológicos para a prática em terapia ocupacional, sendo esta a origem do MTOD. Para tanto, a seguir será apresentado maior enfoque ao contexto de desenvolvimento da Terapia Ocupacional brasileira, a trajetória de Jô e o desenvolvimento do MTOD, entrelaçada ao campo da saúde mental.

No Brasil, a Terapia Ocupacional foi regulamentada em 1969 por meio do Decreto-lei 938/69 do regime da ditadura militar que governava de forma autoritária o país desde 1964. E nesse contexto, enquanto os outros países imersos no movimento internacional de reabilitação se ocupavam de reabilitar soldados do pós-guerra, no Brasil nos preocupávamos com os pacientes crônicos (De Carlo e Bartalotti, 2001) Além de compartilhar um período de grande efervescência de outros importantes movimentos que convergiram em um período paradoxalmente árido e, ao mesmo tempo, fértil, sobretudo no campo da saúde mental (De Carlo e Bartalotti, 2001; Melo, 2015).

Vale ressaltar que, antes de sua regulamentação da Terapia Ocupacional enquanto profissão, Nise da Silveira, no Rio de Janeiro; Ulisses Pernambucano na Bahia; Luiz Cerqueira, em São Paulo foram importantes precursores da terapia ocupacional brasileira no qual a partir da utilização de atividades e/ou ocupações como recurso terapêutico em suas diferentes abordagens, contribuíram para a criação de cuidados alternativos às práticas violentas da época a pessoas em sofrimento psíquico, fomentando o reconhecimento dessa prática em meio às práticas médicas hegemônicas (Benetton, 1991).

No entanto, a recém-criada, Terapia Ocupacional brasileira, tinha como marca a fragilidade em suas bases teóricas e suas conseqüentes crises de identidade já precedidas em contexto internacional (De Carlo e Bartalotti, 2001; Guglielmo, 2014). Em meio ao movimento internacional de reabilitação e ao contexto da criação dos primeiros cursos de terapia ocupacional no Brasil, iniciou-se a formação de profissionais de nível técnico no Rio de Janeiro,

em 1956, seguido pelo início das atividades em São Paulo em 1957. Em 1969, teve início o curso universitário da profissão (Benetton, 2006). A profissão de Terapia Ocupacional, recém-chegada ao Brasil, era desafiada a expandir sua atuação, ultrapassando a visão funcionalista promovida pelo paradigma da reabilitação (Guglielmo, 2014). Os hospitais psiquiátricos, e suas práticas higienistas, começavam a ruir diante das múltiplas denúncias de violações de direitos humanos desencadeadas em todo o mundo, a partir de um movimento internacional de reformas psiquiátricas inspiradas pela experiência italiana de Trieste e Gorizia, o movimento da luta antimanicomial brasileira estava sendo arquitetada. Em meio a esse movimento, a Terapia Ocupacional estava compondo esse processo, com Jô Benetton, protagonizando e liderando o diálogo das práticas em terapia ocupacional em saúde mental (Pitta, 2011; Amarante, 2018, Benetton, *et al.*, 2021; Albino *et al.*, 2024 no prelo).

Arcabouço teórico-conceitual

O arcabouço teórico-conceitual do MTOD está dinamicamente arquitetado aos procedimentos metodológicos da prática e atuam como estrutura fundamental para a prática (Benetton, 1994, Araújo, 2022). Segundo Marcolino (2018, p. 105) essa estrutura instrumentaliza as “elaborações das situações empíricas, de modo a possibilitar a transmissão do conhecimento e, conseqüentemente, sustentar o raciocínio clínico”. Desta forma, diferente de um modelo, técnica, ou protocolo, “um método se define pelo seu desenho. Desenho esse, que projeta os conceitos que o regem. Esses, por sua vez, em diferentes ordenações, devem potencializar uma rota particular para cada empreendedor” (Benetton e Marcolino, 2013).

Cada terapeuta ocupacional deve pensar a sua forma de aplicar o método, não sou eu que vou dizer isso. Posso dizer, como é o método: conceitos, técnicas, etc. Mas considerando cada um, de forma personalizada em seu modo de ser. E, em qualquer área clínica! Não determinada pela medicina, mas pela Terapia Ocupacional (Benetton, 2015).

Nesse sentido, a prática clínica sustentada pelo MTOD permite ao terapeuta ocupacional a liberdade de pensar e atuar criativamente em diferentes situações, considerando as singularidades da relação com o sujeito-alvo e/ou coletivos em meio aos movimentos dinâmicos da relação triádica.

O desenvolvimento teórico-metodológico do MTOD e sua matriz conceitual e terminológica são compostos de conceitos operacionais e procedimentais que instrumentalizam os processos do raciocínio clínico, com o propósito de estabelecer direções para a prática clínica, pesquisa e formação de terapeutas ocupacionais (Benetton, *et al.*, 2021)

A seguir será descrito os conceitos operacionais que integram o MTOD: *Relação triádica, Primeiro termo: Terapeuta ocupacional, Segundo termo: Sujeito alvo Terceiro termo: Atividades, Setting, Cotidiano, Saúde, Espaços de saúde e Inserção Social.*

Posteriormente os Conceitos procedimentais: *Composição de um diagnóstico situacional; Manejo dos movimentos dinâmicos da relação triádica; Construção de novos sentidos pela análise das atividades (trilhas associativas); Ampliação de espaços de saúde, de cotidiano e de inserção social.*

Conceitos operacionais e termos

Os conceitos operacionais do Método de Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) formam uma estrutura que sustenta a prática, o ensino e a pesquisa em terapia ocupacional (Benetton *et al.*, 2021). Ao longo do processo de desenvolvimento e pesquisa do MTOD, baseado na teoria da técnica, o percurso seguiu uma trajetória de construção teórico-prática para o uso de termos e conceitos. Assim, conferir sentido a um termo implica traçar um caminho que começa pela compreensão teórica e culmina em sua operacionalização em diferentes contextos, permitindo a construção de metodologias e técnicas aplicáveis. A partir da prática, o conceito se transforma em uma ferramenta de ação, e, portanto, são indissociáveis da e para a prática (Benetton, 2010; Benetton *et al.*, 2021).

A partir de uma escolha metodológica, os conceitos e termos serão apresentados separadamente para descrever maiores detalhes de cada um. Entretanto, enfatiza-se que esse desenho é meramente didático, pois, na prática se apresentam entrelaçados.

Relação Triádica

A relação triádica constitui o núcleo central do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, sendo um conceito composto a princípio por três termos: dois humanos e um não humano - o(a)

terapeuta ocupacional, o sujeito-alvo e atividades. Sua constituição e interação emergem a partir dos movimentos dinâmicos dessa relação, na qual todos os termos agem igualmente de forma ativa, singular e particular na dinâmica relacional (Benetton, 1994; Benetton, 2006; Benetton e Marcolino, 2013; Benetton *et al.*, 2021).

Quanto à arquitetura conceitual e terminológica do MTOD, Benetton (2006) utiliza as definições apresentadas por Le Petit Robert (1993) para sua construção e definição. Para tanto, "termo" é definido como "espaço que um termo ocupa pela função ou pela relação existente" (p. 88), enquanto "conceito" é entendido como "a representação mental genérica e abstrata de um objeto" (p. 88). Nesse sentido, o terapeuta ocupacional, o sujeito-alvo e as atividades estão "indissociavelmente ligadas" mutualmente, compondo a relação triádica. Essa perspectiva propõe que os diferentes atores do processo terapêutico atuam em constante inter-relação (Benetton, 2006).

Quanto aos *movimentos dinâmicos da relação triádica*, Benetton (1994) as caracteriza por uma complexa “quantidade e qualidade infinita da ocorrência de fenômenos físicos, psíquicos e sociais” (Benetton, 1994, p.31). Terapeuta ocupacional, o sujeito-alvo e as atividades agem ativamente, provocando experiências e a construção de novos sentidos a partir da realização de atividades, visando ampliação e /ou construção do cotidiano e dos espaços de saúde, visando promover a inserção e participação social (Benetton, 1994; Benetton, 2006; Benetton *et al.*, 2021).

[...] tanto a prática, o ensino e pesquisa do MTOD possuem caráter terapêutico-educacional cujo objetivo final é a inserção social, por meio da construção e/ou ampliação do cotidiano. Isso se faz possível por meio de intervenções centrada na dinâmica da relação triádica (terapeuta ocupacional, sujeito-alvo, atividades), núcleo duro do MTOD, para a ampliação de espaços de saúde - do que o sujeito avalia que lhe faz bem e favorece sua realização de atividades (Benetton *et al.*, 2021, p. 373).

Para descrever com maiores detalhes cada termo da relação triádica, iremos apresentá-los separadamente. No entanto, enfatiza-se que essa divisão tem o objetivo meramente descritivo. Para compreensão de sua dinâmica, faz-se necessário a constituição de sua integralidade.

Primeiro termo: Terapeuta Ocupacional

A terapeuta ocupacional é primeiro termo da relação triádica, atua dinamicamente na relação com o sujeito-alvo, suas atividades e seu contexto. Isto é, não age a partir de protocolos rígidos ou receitas pré-definidas, mas sim de procedimentos que possam favorecer e ativar o movimento da relação.

Benetton *et al.* (2021, p. 373) nos apresenta que

“A (o) terapeuta ocupacional deve formar-se para o desenvolvimento de observar, coletar informações, memorizar, associar, construir espaços de historicidade, estabelecer transferência positiva, atuar de forma ética e estética. Além disso, precisa formar-se para aprender o contexto social e relacional do sujeito-alvo para promover sua inserção.” (p. 373)

Nesse sentido, para o desenvolvimento dessas habilidades e procedimentos a(o) terapeuta passa por uma formação clínica de especialização no MTOD, atualmente ofertada pelo CETO com duração de 24 meses. Ao longo do processo de formação, o terapeuta ocupacional participa de seminários, vivência prática no laboratório de atividades e supervisão clínica, fundamentados a partir das referências de intelectualidade, tecnologia e cultura (Benetton *et al.*, 2021)

Segundo termo: Sujeito-alvo

O sujeito-alvo é o segundo termo da relação triádica, um indivíduo motivado por necessidades e/ou desejos, ou “qualquer tipo de motivo, [...] de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional” (Benetton 1994, p.22). Geralmente se encontra em uma posição e/ou situação de exclusão social caracterizado pela limitação de suas atividades cotidianas e desagregação com o social, seja por sua condição de saúde mental, física ou social (Benetton *et al.*, 2021).

Terceiro termo: Atividades

As Atividades constituem-se como o terceiro termo da relação triádica. É definida tecnicamente como instrumento da terapia ocupacional. Segundo Benetton e Marcolino (2013), a escolha de *atividades no MTOD* está relacionada ao contexto histórico da profissão no Brasil,

sobretudo pela definição da profissão pela WFOT até o início deste século, assim como na escolha pelo afastamento palavra de ocupação, fortemente associada a trabalho e ociosidade.

As Atividades, definidas como instrumento, só podem ser compreendidas dentro da dinâmica da relação triádica, o que implica que ‘fazer atividades não gera somente produtos, em um sentido unidirecional, do ser humano para sua produção, mas sim também forçam uma relação com ele e uma relação da ordem de ter que produzir (Benetton, *et al.*, 2021).

Ao definir *atividades* no plural, amplia-se a compreensão de que o fazer está conectado a outras múltiplas atividades em diferentes formas (física, mental e /ou social) e níveis relacionais. “Em terapia ocupacional o importante é observar que quando um paciente desenvolve uma atividade, muitas atividades se entrelaçam para que a primeira chegue a termo” (Benetton, 2006, p. 88). Nesse sentido, “sempre usamos atividades no plural e isso porque uma atividade sempre implica em muitas atividades, desde as mais subjetivas às mais concretas” (Benetton e Marcolino, 2013, p. 647).

O caráter universal das atividades no MTOD é particularizado por um tratamento próprio e específico que nos permite distingui-las de outras formas de uso ou qualificação. Para nós, esse caráter é constituído pelo seu triplo domínio de funções: terapêutico, educativo e social (Benetton e Marcolino, 2013, P.648).

Portanto, andar, falar, pensar, pintar, escutar música, comprar um lanche, jogar bola, entre outras infinitas atividades, podem compor o termo *atividades*. Desta forma, as *atividades* no método compõe um arsenal instrumental ampliado e complexo do fazer (Benetton, 2006), principalmente porque podem agir “na provocação de transformações e do surgimento do novo” (Benetton e Marcolino, 2013, p. 648). “Defini-las como instrumento, possibilita-se a flexibilidade e a multiplicidade de maneiras com que podem ser clinicamente manejadas (Benetton, 2006, p.88). E desta forma, ocupa papel ativo nos movimentos dinâmicos da relação triádica em direção à criação e ampliação de espaços saudáveis e do cotidiano (Benetton e Marcolino, 2013).

[...] com atividades podemos tratar, educar, alterar o ambiente e incluir pessoas num sistema que [lhes] permita integrações e interações [...] (Benetton, 2008, p. 29).

Quanto aos objetivos da utilização das atividades

“As atividades, enquanto instrumento, têm diversos objetivos, dentre eles: a observação, a informação, a análise, a educação, o tratamento, a composição de histórias e a inserção social. Para isso, as atividades são vividas e significadas na relação triádica. E a relação, por sua vez, é sustentada no e pelo fazer atividades” (Moraes, 2008, p. 31).

Quarto Termo: O social

O quarto termo integra a relação triádica caracterizado pela ampliação da dinâmica dessa relação para o social.

Esse termo nos permite procedimentos calcados tanto nas vivências que ocorrem nos processos grupais em TO (relacionar-se com outros, fazer atividades coletivas, compreender como é visto pelos outros e como vê e se relaciona com as pessoas) como é alvo de procedimentos específicos voltados para as pessoas que convivem com o sujeito (familiares, amigos, professores, colegas e mesmo uma equipe de saúde (Benetton, *et al.*, 2021).

Setting

O setting da terapia ocupacional sustentando pelo MTOD é dinâmico e flexível com potencial plasticidade para integrar os espaços reais de vida do sujeito (Marcolino, 2018; Benetton, *et al.*, 2021). Constitui-se de elementos objetivos, subjetivos e intersubjetivos que ganham sentido a partir relação triádica, do cotidiano, das necessidades e dos desejos do sujeito-alvo (Marcolino, 2018; Benetton, *et al.*, 2021).

O setting da terapia ocupacional é caracterizado pelo contexto de realidade situacional dos sujeitos, isso inclui recursos contextuais diversos que vão desde do consultório, casa, hospital, escola, praça, entre outros espaços possíveis, seja no território comunitário, cultural e/ou existencial desse setting (Marcolino, 2018; Benetton, *et al.*, 2021) pois “[...] todo investimento no processo que implica criatividade e produto tem como objetivo final a construção de cotidiano” (Ferrari, 1999, p.7).

Como em qualquer situação onde há realizações, na terapia ocupacional o setting comporta produtos acabados, inacabados, abandonados, destruídos, resgatados, trazidos de fora, presenteados e muito mais, com a finalidade de receber quem lá quer estar, da forma como pode estar. É para isso que é preciso manter um ambiente entre a máxima organização e *Laissez-faire*, cabendo atrapalhados e desarticulações, mas também estruturação e desenvolvimento (Benetton, 1994)

E, portanto, a ideia do cotidiano como um elemento que conecta o indivíduo à vida comunitária e social inevitavelmente, integra o setting da terapia ocupacional. Nesse sentido, “a terapia ocupacional no MTOD propõe-se a ser um espaço de encontro-construção para provocar transformações” em diferentes níveis, visando sua inserção social (Benetton e Marcolino, 2013, p.648). Proporcionando um espaço aberto “internamente” para receber e aberto “externamente” para estimular o partir (Benetton, 2006).

Entrar e sair, como o de dentro e o de fora são em terapia ocupacional os termos de um jogo dinâmico que com humor, dor e construção deixa-nos a herança de uma história ilustrada por atividades. Ao contrário de estar na masmorra e ser pobre, a sala de terapia ocupacional deveria ser de fácil acesso e muito rica de recursos tal como é a promoção de saúde, a construção em cotidianos e o estímulo à integração do indivíduo e entre indivíduos (Benetton, 2006, p.105).

Pirágine e Di Giacomo e Auler (2010):

[...] assim, conforme atendíamos esses sujeitos, fomos compondo seus diagnósticos situacionais. Diante deles, propomos diferentes atividades em diferentes locais da Instituição e fora dela, construindo com isso settings estendidos, com o objetivo de resgatar suas histórias de vida, identidade, poder de escolhas, cidadania, e a possibilidade de construir uma nova história, sendo sujeitos ativos de suas vidas (Pirágine e Di Giacomo e Auler, 2010, p.10)

Cotidiano

A clínica da terapia ocupacional é criada no encontro de um cotidiano possível, pois é ou foi violentamente transformado pela sua interrupção, e não pesa sua supressão. O cotidiano da clínica terapia ocupacional, um encontro-construção, é também espaço para ‘provocar’ transformação (Benetton, *et al.*, 2003).

O conceito de cotidiano ocupa um lugar privilegiado no arcabouço teórico metodológico do MTOD. Ele integra dinamicamente o raciocínio clínico durante todo o processo terapêutico, buscando oferecer “uma resposta a como trabalhar em terapia ocupacional em direção à valorização do cotidiano, de construir ou recuperar a dignidade da experiência cotidiana” (Marcolino, 2018, p. 108). Caracterizado pelo social, o cotidiano é central no processo de inserção e participação social de sujeitos que por alguma razão possuem um cotidiano a margem da sociedade em uma posição de exclusão social (Benetton *et al.*, 2003; Benetton, 2006, 2010; Marcolino, 2018).

A perspectiva de valorização do cotidiano está diretamente relacionada ao diagnóstico situacional. Quando o cotidiano é interrompido, a partir do MTOD busca-se criar espaços saudáveis e de saúde, fundamentais para a construção e ampliação deste cotidiano (Marcolino, 2018)

Saúde

O conceito de saúde no MTOD está fundamentado no paradigma da Terapia Ocupacional, e na concepção de que o objetivo é a inserção e participação social, para além da ausência de doença ou sua cura, na medida em que o MTOD objetiva a ampliação dos espaços de saúde - “do que o sujeito avalia que lhe faz bem e favorece sua realização de atividades” (Benetton, *et al.*, 2021)

[...] Neste ponto, dada a inserção do MTOD na lógica paradigmática da Terapia ocupacional, o que é saudável e balanceado só pode ser definido como bem-estar na perspectiva do sujeito. Deste modo, pensamos o conceito de saúde, de modo filosófico e vulgar, como relativo “ao sujeito singular e suas reações com a realidade”, no sentido de ir em busca dessa saúde, de favorecer ao sujeito que a experimente, a conheça, a reconheça e a deseje na vivência e significação de novas ações e relações (Marcolino, 2018, p.108)

trata-se de construir ou recuperar a dignidade da experiência e da ação cotidiana. Dessa forma privilegiamos a saúde e particularmente a saúde mental, como gostamos de denominar na prática clínica, espaços saudáveis mentais, físicos ou sociais, observados através das capacidades e habilidades. Esta é a premissa para o fazer e a construção do cotidiano (Benetton *et al.*, 2003)

Inserção social

“[...] nossa proposta de Terapia ocupacional é a de encontrar condições para a ampliação do poder do sujeito na construção de seu cotidiano” (Marcolino, 2018)

O conceito de inserção social é essencialmente o objetivo final a ser atingido no MTOD. Tendo como base a população alvo da terapia ocupacional em que geralmente se encontram em uma posição de exclusão social e conseqüentemente com um cotidiano a margem do social, o conceito de inserção social, sustenta a ideia e o objetivo de construir ativamente caminhos para essa inserção e participação social em diferentes contextos sociais por meio da relação triádica (Benetton, 1994; 2006; Marcolino, 2018; Benetton, *et al.*, 2021).

É, enfim, por meio dessa significação que o sujeito alvo, como cidadão, toma em suas mãos seu jeito de ser, para impor a sociedade que o receba desse jeito mesmo e que não precise esperar pela mudança social para nela se inserir. Nesse sentido, ele mesmo se torna agente dessa mudança” (Benetton, 2010, p.39)

Para tanto,

[...] o processo terapêutico se sustenta no que é vivido (ser, sentir e se relacionar) e significado do que foi vivido na relação triádica (terapeuta ocupacional, sujeito-alvo e atividades), nas experimentações de atividades com a (o) terapeuta ocupacional, em uma relação dinâmica e potencial” (Marcolino, 2016, p.106).

Concluindo, Benetton (1994), afirma que a “Terapia Ocupacional é, então, uma clínica de inclusão social” (p.7). E, portanto, instrumento para inserção social.

Processos

Composição de um diagnóstico situacional

A exclusão social é problemática de partida da população-alvo da terapia ocupacional, que tem como objetivo final a inclusão social. Essa exclusão é resultante de uma diferença pela falta, que fatalmente marginaliza, pela repercussão que ela, a falta, acarreta em qualquer tipo de produção. Esse conceito delimita nossa população-alvo, que em nossa sociedade está sempre em situação crítica, desgarrada da rede social (Benetton, 1994, p.7).

O sujeito-alvo da terapia ocupacional geralmente se apresenta em uma situação de desagregação social crítica, com um cotidiano limitado à margem de atividades de cuidado, o

estigma, preconceito e a discriminação, reforçam sua posição de exclusão social (Benetton, 2006).

Seguindo uma lógica interna, o diagnóstico situacional contribui para que a terapia ocupacional, a partir do MTOD, possa tecer um diagnóstico específico para terapia ocupacional independente da área ou campo. Ao explorar a situacionalidade em que o sujeito se encontra contribui para compreensão singular e ampliada de seu cotidiano e dos atores envolvidos (Benetton, 1994, 2006; Marcolino *et al.*, 2020).

Sendo este diagnóstico não classificatório ou explicativo, consiste na descrição e análise das condições sócio-emocionais, as quais o sujeito apresenta em nossos primeiros encontros. Desde o início é a memória associativa da terapeuta ocupacional que permite reter informações e associá-las, o instrumento precioso de análise do sujeito (Benetton 2006, p.91).

A composição do diagnóstico situacional é um processo dinâmico que permeia todo o processo. Ele se inicia desde dos primeiros encontros e vai se atualizando durante o processo. Seu objetivo é fornecer condições para compreensão do sujeito-alvo a partir de sua história, das condições socioemocionais, das necessidades e desejos, sobretudo, sua posição de exclusão que ocupa em seu cotidiano e a sua reverberação social dessa desagregação a partir de múltiplas informações (Benetton, *et al.*, 2021). Sendo caracterizado por “um processo descritivo, analítico, processual e contínuo, não classificatório, nem explicativo” (Benetton *et al.*, 2021, p.332).

Segundo Marcolino *et al.*, 2020

“Informações sobre o cotidiano precisam ser mapeadas e produzidas das mais variadas formas: pelo que o sujeito fala sobre si e sobre as pessoas com as quais convive; pelo que essas pessoas contam e pensam sobre ele; pelas atitudes de todos em convivência – inclusive outros profissionais ou equipe de referência do caso; pelo que se observa do que o sujeito faz e como ele qualifica suas produções; pelos outros diagnósticos. Esse diagnóstico situacional assemelha-se mais a um mapa do que a um quebra-cabeças, pois as ligações entre os pontos/peças não necessariamente se conectam clara e perfeitamente – há vazios ‘entre’ que vão sendo mais ou menos preenchidos na medida em que novas informações são incorporadas” (p.1324).

Para realização do diagnóstico situacional, a(o) terapeuta ocupacional reúne informações advindas de várias fontes, direta e indiretamente. Entre elas, a da sua observação

e das experiências vivenciadas na relação triádica. Segundo Benetton *et al.*, (2021) essa observação deve de estar livre para apenas observar, sem a pretensão de compreender ou inferir.

Como uma primeira tarefa em Terapia Ocupacional, temos a necessidade de conhecer o sujeito e seu cotidiano para compreender as repercussões causadas pelo advento de um transtorno mental ou de uma situação de sofrimento psíquico. Para isso, precisamos saber sobre sua rotina, sobre o que agrada fazer, o que consegue fazer ou não, como e com quem realiza as atividades do dia a dia e qual o sentido que dá a essas atividades. Essas informações, a seu tempo, devem vir também das pessoas que convivem com ele, sejam familiares, amigos, colegas de trabalho ou escola, ou profissionais da saúde, educação ou assistência social, de modo a compor um diagnóstico situacional (Marcolino, 2018, p.112).

Manejo dos movimentos dinâmicos da relação triádica

Durante o processo terapêutico, a relação triádica e sua dinâmica relacional ocorrem de forma particular e singular a partir daquele encontro, daquela história, uma nova história pode ser contada, construída ou desconstruída considerando assim a historicidade presente naquela relação, sendo protagonizada dinamicamente pelos três termos. Nesse processo, os movimentos de ação e reação norteiam a direção do processo terapêutico a partir do raciocínio clínico da(o) terapeuta ocupacional que visa estimular e provocar o movimento dessa relação a partir da realização de atividades (Benetton, 1994, Benetton e Marcolino, 2013).

O(a) terapeuta ocupacional conduz os movimentos dinâmicos da relação triádica por meio da realização de atividades que, ao integrarem um campo de experimentações objetivas e subjetivas, favorecem a expressão e a manifestação da subjetividade (Araújo, 2022) “de modo a deixar que ele encontre um caminho inicial, e nesse percurso, que se possa incentivar o uso de seu potencial, de suas habilidades como experimentações de modos diferentes de se relacionar” (Marcolino, 2018, p. 112).

Construção de novos sentidos pela análise das atividades (trilhas associativas)

A construção de novos sentidos é constante durante todo o processo terapêutico, principalmente a partir da técnica Trilhas Associativas realizada em conjunto com sujeito-alvo. A técnica consiste em procedimentos voltados a análise de atividades e construção de sentidos,

a partir das atividades realizadas na relação triádica. O sujeito-alvo é convidado a assumir o protagonismo de sua história e em um processo de construção de novos sentidos a partir de um espaço de historicidade promovido e sustentado pela relação triádica de forma dialógica (Marcolino, *et al.*, 2020; Benetton *et al.*, 2021, Araújo, 2022).

Ao afastar as associações feitas entre o paciente e atividade, e deslocá-las em termos de atividade para atividade, nesse momento podemos encontrar o termo médio, que permite abrir uma trilha associativa, levando-nos ao caminho de significações e significação e não só da realidade interna, mas da realidade externa, significados pessoais e sociais. Há, então, um sentido a ser investigado e seguido para permitir o estabelecimento de uma narrativa (Benetton, 2006, p.94).

Para realização da técnica trilha associativas, a(o) terapeuta ocupacional irá compilar as atividades (ou seus registros, por ex. fotografias) realizadas a partir da relação triádica e em seguida com o sujeito convidá-lo a agrupá-las a partir de consignas, associado-as e construindo novos sentidos. Nesse momento, a(o) terapeuta ocupacional também participa, compartilhando e associando informações, observadas e vivenciadas durante o processo, contribuindo e/ou provocando a construção e/ou transformação de sentidos, dialogando dialeticamente com sua situação, seus desejos e necessidades (Benetton, 1994; 2006, Marcolino, *et al.*, 2020; Benetton *et al.*, 2021).

Nessa direção, esse procedimento abre espaço para que novas histórias possam ser contadas, a partir de aspectos que não eram pensados ou associados, e assim um novo sistema de valores vai sendo construído'. Assim, o valor que um sujeito possa dar às atividades não estará atrelado antecipadamente à sua doença, sintomas ou deficiências, mas sim ao sentido que essas atividades tiveram na sua relação com a terapeuta ocupacional ou com o desenrolar das repercussões da terapia em seu cotidiano, pois ao buscar aspectos saudáveis nas relações, procuramos provocar o surgimento de significados e sentidos que ampliem produtivamente o cotidiano de nossos sujeitos alvos, de modo a ele poder, ou mesmo aprender, a investir em sua produção. [...] através dessa significação, o sujeito alvo possa tomar em suas mãos seu jeito de ser, estar, relacionar-se e fazer, impondo à sociedade que o receba desse jeito, sem que precise esperar pela mudança social para nela se inserir, e, desse modo, tome-se ele mesmo agente dessa mudança (Benetton e Marcolino, 2013, p.650)

O momento e a forma para realização da técnica Trilhas Associativas não são lineares, embora seja sistematizado a partir de procedimentos clínicos específicos. É avaliado pela(o) terapeuta ocupacional a partir dos movimentos dinâmicos da relação triádica, sobretudo pela oportunidade de integrar o seu fazer, à construção de novos sentidos sobre si, sobre sua rede

relacional e seu cotidiano em direção à ampliação de novas possibilidades (Benetton 2006; Marcolino, *et al.*, 2020).

As condições necessárias para realização das trilhas associativas são fundamentalmente sustentadas a partir do estabelecimento da relação triádica e dos procedimentos clínicos sistematizados por Benetton (2006):

- fazer atividades; compilá-las; revê-las; agrupá-las; separá-las, compará-las;
- aprendê-las para ensiná-las, ao mesmo tempo que se observa e registra o processo de realizá-las, para compor um quadro de informações suficientes sobre o sujeito e sua produção;
- o sistema se completa quando a essa forma de proceder for acrescido o conteúdo, estabelecido pelo sentido que essa produção for adquirindo no decorrer de associações e análises e no mesmo tempo em que instrumentaliza a construção da narrativa (p.95).

Em diferentes contextos, a técnica trilha associativas pode ser aplicada, como processo dialógico de avaliação e construção de sentidos. Benetton (1994) destaca: “Não há receita para se caminhar pelas trilhas associativas [...] às vezes, as trilhas associativas são montadas [...] pela pura e simples lembrança [...] mesmo nas instituições essas características podem ser adaptadas”. Nesse sentido, diante das diferentes realidades e possibilidades, a(o) terapeuta ocupacional pode promover espaços de construção de sentidos e historicidade a partir das singularidades situacionais.

Ressalta-se ainda, que os sentidos criados e/ou transformados pelo sujeito-alvo, também podem e precisam ser ampliadas e compartilhadas para sua rede relacional ampliada, incluindo as pessoas que convivem e se relacionam com o sujeito a partir dos procedimentos clínicos voltados para o quarto termo (Benetton, 2006; Benetton, *et al.*, 2021).

Ampliação de espaços de saúde e de cotidiano

No MTOD o cotidiano está presente na composição do diagnóstico situacional, na construção dos procedimentos, à medida que a (o) terapeuta ocupacional conduz o processo terapêutico de modo a possibilitar ao sujeito-alvo experimentações com atividades, em uma matriz relacional positiva, de modo que ele possa construir sentidos sobre essas atividades ao nomear suas aquisições e desejos. A regularidade do nosso setting, da nossa presença e das atividades possibilita um espaço no qual se possa projetar algum futuro (Marcolino, 2018, p.120).

A ampliação de espaços de saúde, cotidiano e inserção social compõe os objetivos operacionais do MTOD sustentando por seu raciocínio clínico. O sujeito alvo da terapia ocupacional geralmente está à margem de um cotidiano em detrimento do seu adoecimento e vulnerabilidade, suas atividades cotidianas estão muitas vezes limitadas a atividades de cuidado. A princípio, o diagnóstico situacional fornece condições para a que terapeuta conheça o sujeito, suas histórias e suas dificuldades sobretudo pelas repercussões do seu adoecimento mental em seu cotidiano, familiares, amigos e rede de apoio.

O movimento de ampliação dos espaços de saúde do sujeito, está fundamentado na perspectiva paradigmática da Terapia Ocupacional (Benetton, 2006; Marcolino, 2018; Benetton *et al.*, 2022;). Portanto, transcende a tradicional lógica de enfrentamento e remissão de sintomas ou a cura da doença, sendo a saúde (significado na perspectiva do sujeito) seu objetivo (Benetton, 2006; Marcolino, 2018). Nesse sentido, o MTOD busca construir novas possibilidades não só a partir das suas necessidades, mas sobretudo do desejo do sujeito a partir dos movimentos dinâmicos da relação triádica, a realização de atividades, provoca e promove a experimentações com o novo, entendendo que "fazer de novo ou diferente não remete ao refazer, e sim ao desenvolvimento e evolução na participação social" (Marcolino, 2018, p.109).

E portanto,

[...] trabalhar em direção à valorização do cotidiano, para o MTOD, não se faz pelo cumprir de tarefas, hábitos, rotinas, papéis, afazeres, atividades de vida diária e prática. Também não se dá com a intervenção direta no cotidiano, perpetuando assim uma clínica tutelar. Mas se dá pela construção de novos sentidos e significados das atividades realizadas pelo sujeito em seu cotidiano de "um novo sistema de valores" através das experimentações na relação entre a (o) terapeuta ocupacional, o sujeito-alvo e as atividades, sustentando afetivamente na transferência positiva, de modo a superar as repercussões de uma situação de crise, ruptura, erosão, na vida do sujeito – para caminhar na relação entre vida cotidiana e construção pessoal na prática social (Marcolino, 2018, p.109).

Conclui-se, portanto, que, no MTOD, a ampliação dos espaços de saúde e de cotidiano compõe os objetivos instrumentais para inserção social “Nossa proposta de terapia ocupacional é a de encontrar condições para a ampliação do poder do sujeito na construção de seu cotidiano” (Marcolino, 2018, p.119).

CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Neste capítulo será apresentado a AP a partir de sua constituição histórica, destacando seu processo de desenvolvimento paradigmático a partir dos movimentos sociais que se apresentam entrelaçados a sua constituição, enquanto campo e política pública. Em sequência, apresentaremos uma breve evolução da matriz conceitual e terminológica que sustentam a AP e por fim, a seus contextos e tendências.

Situando: caminhos para compreensão da origem e desenvolvimento epistemológico da AP no Brasil

As práticas e representações que as sociedades elaboram em torno da loucura são aqui evocadas em sua natureza histórica e transitória. São remetidas a processos sociais que condicionam o domínio do patológico a determinações que transcendem o plano puramente, como sugere Levi Strauss, diferentes tipos de perturbação ordenam-se em categorias, admitem uma classificação e as formas predominantes não são as mesmas segundo as sociedades e segundo tal ou qual momento da história de uma mesma sociedade (Tundis e Costa, 2001).

Em consonância aos objetivos desta pesquisa, em sintonia a metodologia utilizada no capítulo anterior, apresentaremos origem e o desenvolvimento da Atenção Psicossocial a partir do vértice epistemológico de sua origem e fundamentação, delineado por Chibeni (2012).

Embora a Atenção Psicossocial não seja um método, sustentada em uma fundamentação paradigmática enquanto campo e política pública, reúne uma estrutura teórico-técnica e ético-política que orienta o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico a partir de uma rede assistencial. E nesse sentido, o exercício proposto é o resgate histórico de seu desenvolvimento, a partir dos principais eventos e das ações de atores e atrizes em seu processo.

Um mergulho histórico sobre a “loucura” - um panorama internacional

Em diferentes regiões do mundo, distintos períodos e contextos sócio-políticos, demarcaram diversas formas de compreensão, representação e práticas no campo da saúde

mental¹², sobretudo no que concerne às elaborações que as sociedades fizeram sobre a temática da "loucura" (Foucault, 1978; Tundis e Costa, 2001). Essas variações refletem as influências culturais, científicas e filosóficas predominantes em cada época, revelando a evolução das percepções e abordagens em relação à saúde mental e ao comportamento contra-hegemônico, normativo ao longo do tempo (Fleming, 1976; Amarante, 2011; Pitta, 2011).

O chamado “louco” era marcado pelo estigma de ser “louco”. Isso incluía a ideia de periculosidade e alienação, seguida com toda a descridibilidade social que, promovia a essas pessoas um “não lugar” a não ser o “lugar de louco”, “nóia” “doidinho(a)” (Arbex, 2013; Souza, 2016; Goffman, 2019). As raízes para essas concepções localizam-se enraizadas na construção social coletiva fundamentadas em certa medida em valores religiosos, morais, discriminatórios e preconceituosos (Foucault, 1978; Goffman, 2019).

Em todo o mundo, as formas de tratamento às pessoas com sofrimento e o adoecimento mental convergiram à constituição de práticas higienistas e desumanas, caracterizadas por violações de direitos fundamentais, sustentadas por políticas de Estado em sintonia com a indústria da loucura (Foucault, 1978; Arbex, 2013). Com destaque para a emergência dos hospitais psiquiátricos urbanos caracterizadas como os principais dispositivos para “tratar” a loucura, constatou-se que contraditoriamente não promoveram a saúde, visto que passaram a funcionar como depósitos de pessoas e instrumento de biopoder (Foucault, 1978; Arbex, 2013). Essas pessoas eram condicionadas a viver isoladas do convívio social, estigmatizadas, viviam alienadas em sua condição de sujeitos sem perspectivas ou projeto de “retorno” à vida social, pois não produziam e seus valores eram incompatíveis com *status quo* social (Foucault, 1978; Costa-Rosa, 2013; Goffman, 2019).

Para enfrentar e desconstruir esse projeto ético-político de desumanização, travestido de cuidado, em todo o mundo ocorreram movimentos e transformações sociais conhecidos como Movimentos de Reformas Psiquiátricas, caracterizadas pela mudança no modelo de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico envolvendo concepções teórico-práticas e formulações de políticas públicas (Fleming, 1976; Tundis, Costa, 2001; Yasui, 2011; Amarante, 2018). Evidentemente, esses processos de reformas não foram tranquilos, tampouco hegemônicos e ainda hoje, possuem contradições e espaços para transformações (Pitta, 2011, Arbex, 2013).

Entre as experiências internacionais, algumas conseguiram atingir maior profundidade de camadas dessas estruturas, outras realizaram alguns ajustes e mudanças, enquanto outras

¹² Em consonância ao referencial utilizado nesta pesquisa, defende-se a utilização contemporânea, ampla e complexa de “saúde mental” em contraposição à atribuição absoluta e reducionista ao campo da psiquiatria médica - independente do período histórico.

promoveram rupturas com proposições de mudanças radicais (Yasui, 2011). No cenário internacional, sobretudo após o período da Segunda Guerra Mundial, destacam-se movimentos de reformas psiquiátricas em todo o mundo, com destaque para as experiências ocorridas no continente europeu e EUA (Yasui, 2011)

[...] transformações no interior das instituições, como as propostas pela psicoterapia institucional de François Tosquelles e Jean Oury e pela comunidade terapêutica de Maxwell Jones; mudanças no enfoque, de doença para saúde mental, propostas pela psiquiatria de setor na França e pela psiquiatria comunitária norte-americana; e, finalmente, as propostas mais radicais de mudança paradigmática, propostas pela antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper e pela psiquiatria democrática de Franco Basaglia na Itália (Yasui, 2011, p.585)

Considerando as diferenças territoriais, políticas e culturais de cada um desses movimentos de reforma psiquiátrica, é possível destacar um ponto de convergência em comum: a força motriz desses processos de mudanças sustentam-se na identificação de que a psiquiatria tradicional, marcada pelas práticas higienistas e desumanas, precisavam ser extintas! (Amarante, 2011).

A partir desse contexto ampliado, das múltiplas experiências ao redor do mundo, Pitta (2016) propõe a sistematização de quatro revoluções psiquiátricas marcadas por mudanças estruturais em suas práticas ao longo da história: a primeira, caracterizada pelo tratamento moral, teve como protagonistas Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália e Todd nos Estados Unidos. A segunda, com a ascensão das Comunidades Terapêuticas, sob a forte influência de Maxwell Jones na Grã-Bretanha e da emergência dos hospitais psiquiátricos urbanos em todo o mundo. A terceira, pela psiquiatria comunitária, tendo como principal cenário a reforma psiquiatria democrática italiana, liderada por Franco Basaglia. Por fim, a quarta revolução tida como tendência e desafio contemporâneo em superar a forma que compreendemos e lidamos com a “doença” para “identidade” e modos de vida.

A psiquiatria institucional e as comunidades terapêuticas visaram sobretudo a manutenção no modelo asilar. A psiquiatria de setor e a preventivista foram além do contexto asilar. Entretanto, somente o movimento da antipsiquiatria e a psiquiatria comunitária tiveram a proposição de romper com o modelo anterior e radicalmente a criação de uma nova estrutura ético-política para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico (Fleming, 1976; Tundis, Costa, 2001; Yasui, 2011; Amarante, 2018).

É inegável a contribuição de Basaglia no processo de construção/revolução de novas abordagens de cuidado às pessoas com experiência de sofrimento psíquico ao redor do mundo.

Embora não tenha sido o único protagonista a agenciar mudanças criativas e revolucionárias nesse contexto, Basaglia tem relevante destaque. Sobretudo, por sua influência nos processos na reforma psiquiátrica brasileira. Basaglia, liderou a reforma psiquiátrica italiana, instituída como um conjunto de ações que visavam promover a desinstitucionalização do “louco” para o seio social, fraturando a ideia de periculosidade para a construção de contratualidade social no território (Saraceno, 2016a; Rotelli, 1990).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a origem e a fundamentação epistemológica da Atenção Psicossocial o “jeito brasileiro”

[...] Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira recebia da Europa em São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte e Barbacena insumos importantes para abastecer seus ideais reformistas: Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel vinham para congressos, Seminários em Universidades, em missões ético-políticas cativantes, trazendo informações e levando notícias nossas; testemunhando e reconhecendo grupos de resistência, instigando jovens inquietos (alguns presentes nesse debate) para movimentos sociais como a defesa dos direitos dos enfermos mentais, condições e processo de trabalho em instituições manicomiais, na contribuição teórico-crítica em diferentes cenários acadêmicos, associativos, sindicais, estudantis (Pitta, 2011, p.4582).

No Brasil, em 1978, durante a efervescência dos movimentos sociais entrelaçados ao processo de redemocratização do Estado pós-ditadura, emerge “a luta por cuidado digno diante da ditadura e da indústria da loucura no Brasil” (Pitta, 2011, p. 5). Nesse contexto, o Movimento Internacional de Reformas Psiquiátricas e a RSB convocaram-nos a arquitetar uma reforma psiquiátrica própria, enfrentando o que pode ser descrito como um verdadeiro holocausto nacional (Arbex, 2013; Pitta, 2011; Pereira *et al.*, 2015; Amarante, 2018). A convergência de vários movimentos sociais, a princípio desencadeada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)¹³ compondo a Luta Antimanicomial, forjou as bases para um

processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, que incide em territórios diversos... nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais (Pitta, 2011, p. 4581)

¹³ Movimento plural, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e usuários (Pereira, *et al.*, 2015).

E nesse sentido, a instauração de um movimento ético-político de desconstrução e construção de uma nova estrutura de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico foi se caracterizando pela denúncia da violência manicomial, da mercantilização da loucura à crítica da hegemonia do saber psiquiátrico e o modelo hospitalocêntrico de assistência (Pereira, *et al.*, 2015). Vários eventos-chave caracterizam esse processo, com destaque para o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) com a publicação do Manifesto de Bauru (1987) com o lema: “ Por uma sociedade sem manicômios!”. Foi-se arquitetando a estrutura do *Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira*, sendo este movimento a origem da Atenção Psicossocial (Pitta, 2011; Chibeni, 2012; Amarante, 2018).

O MRPB, entre 1972-1991, além de crítica ao modelo hospitalocêntrico-manicomial, foi provocando episódios de experiências concretas na estrutura de cuidados em diferentes localidades do Brasil. Em 1972, a inauguração do Hospital da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia, com a proposta inovadora e pioneira de funcionar como o primeiro Centro de Atenção Diária, idealizado por Luiz Cerqueira, não só como alternativa, mais como projeto de cuidado oposto à institucionalização total preconizada pela política hegemônica dos hospitais psiquiátricos, denominada “indústria da loucura” (Benetton, 1971; Brasil, 2019; Albino *et al.*, 2024, no prelo).

Em sequência, em 1987, às vésperas da assembleia Nacional Constituinte que visava a instituição do Estado Democrático, a partir da nova constituição brasileira, destaca-se o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil - Profº *Luís da Rocha Cerqueira* na cidade de São Paulo, SP e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, SP. Essas experiências tiveram grandes reverberações nacionais, evidenciando a real possibilidade inventiva de superação ao paradigma hospitalocêntrico-manicomial. Além da retórica, inspiraram a proposição do Projeto de Lei 10.216 do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que visaria a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, constituindo-se como marco das lutas do MRPB no campo legislativo (Brasil, 2001; Pereira, *et al.*, 2015).

O período de 1992-2000, com a então constituição aprovada e o início do projeto do Sistema Único de Saúde¹⁴ (SUS), aprovado pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, reuniu as condições para o movimento da reforma psiquiátrica pudesse avançar. Inspirados pelo

¹⁴ Arquitetada pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro

projeto de Lei 10.216 do deputado Paulo Delgado, e do firmamento do Brasil na assinatura da Declaração de Caracas¹⁵ e da realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde passou a reorientar diferentes diretrizes de mudanças no âmbito do RPB. O caminho foi o de promover o favorecimento da aprovação das primeiras leis, em diferentes estados e cidade, determinado a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos, visando a constituição de uma rede de atenção alternativa à saúde mental (Pereira, *et al.*, 2015).

Nesse contexto, em 1997, destaca-se a experiência do Serviço Dr. Cândido Ferreira em parceria com a prefeitura de Campinas com o início de um

novos modelo de atenção em Saúde Mental voltado para ressocialização de desospitalização da clientela internada, para o oferecimento de internação de curta permanência em crises agudas, para o acompanhamento através de Hospital-Dia e da reinserção no mercado de trabalho através de oficinas de trabalho no âmbito do SUS (Furtado e Pacheco, 1997, p.85).

Além do Hospital-Dia, o Serviço Dr. Cândido Ferreira assumiu em seu projeto pioneiro, a constituição dos Lares Abrigados, como projeto de moradias extra hospitalares em alternativa a desospitalização de “vida” além da instituição total - inspirando as bases para os futuros Serviços Residências Terapêuticas (SRT) (Furtado e Pacheco, 1997).

Embora o processo de reforma estivesse avançando a partir do CAPS e/ou NAPS, existiam dificuldades e desafios importantes na estrutura social. Sobretudo, na ruptura do modelo hospitalocêntrico para o comunitário até 1999 o Brasil “contava com 208 CAPS em funcionamento, mas cerca de 93% dos recursos do ministério da saúde para a saúde mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos” (Pereira, *et al.*, 2015, p.127). Nesse contexto, foi apenas em 2001, 12 anos após proposição do projeto e um extenso período de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei 10.216 foi sancionada pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso, sendo o novo e mais importante marco no processo da reforma psiquiátrica brasileira. A Lei Paulo Delgado, como ficou conhecida, propunha o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária, assim como a disposição da proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais¹⁶ e a extinção progressiva dos manicômios. Salvo críticas quanto às estratégias para operacionalização de tais proposições, a ousadia de tal projeto, aprovada em lei, passou a sustentar juridicamente a

¹⁵ Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas - Realizado em Caracas, Venezuela em 1990

¹⁶ Incluindo pessoas com sofrimento decorrente do uso abusivo e problemático de álcool, crack e outras drogas.

revolução das estruturas manicomiais progressivamente em todo território nacional (Brasil, 2001; Pitta, 2011; Onocko-Campos, 2014; Pereira, *et al.*, 2015), “[...] a partir de agora de modo irreversível” (Venancio *et al.*, 1997, p. 8).

Em 2011, é aprovada a portaria GM/MS de n.º 3.088/2011 que institui Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por uma rede de equipamentos destinados ao atendimento a pessoas com sofrimento/transtorno mental e uso problemático de drogas, com enfoque em dispositivos de bases comunitárias, entre eles: os Centros de Saúde (CS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades III, AD, IJ, Consultório na Rua, Centros de Convivência (CECOs), Hospital geral, Unidades de acolhimento entre outros (Brasil, 2011; Pereira, *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a AP tem seu instrumental constituído a partir de conjunto de práticas inter e multidisciplinares, sustentados por políticas públicas, com enfoque em dispositivos de bases comunitárias (Brasil, 2001; 2011).

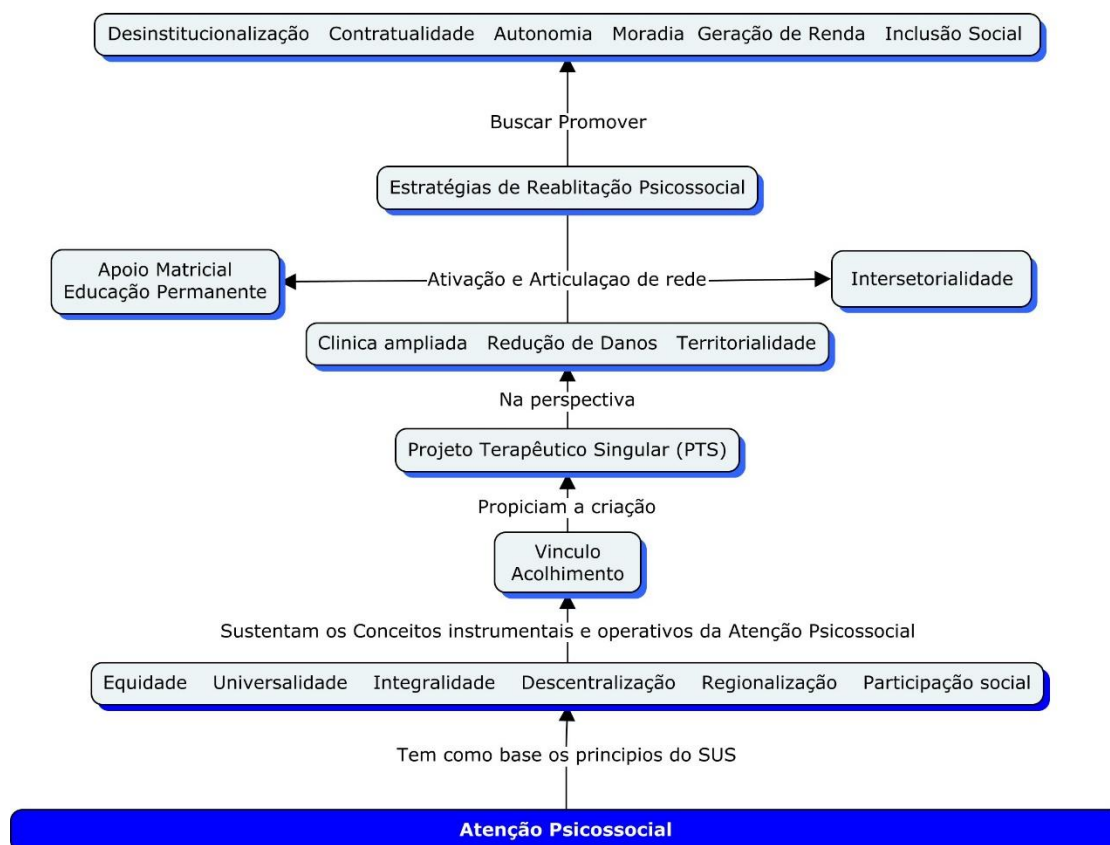
Conclui-se, que o desenvolvimento histórico e epistemológico da Atenção Psicossocial foi tecido por vários atores que protagonizaram profundas transformações na concepção de como deveriam ser o cuidado dirigido às pessoas com experiências de sofrimento psíquico e exclusão social (Pitta, 2011; Amarante, 2018). Nesse sentido, a complexidade territorial, política e social do Brasil no seu processo de reforma psiquiátrica propiciou um grande desafio, respondido com muita luta, afeto e criatividade (Venancio *et al.*, 1997; Pitta, 2011; Costa-Rosa, 2013). Para tanto, é possível afirmar que além de importar *know-how* de outras experiências, principalmente da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, a partir de nossas singularidades o MRPB desbravou caminhos e estratégias inovadoras, fundamentando-se a partir de uma constituição paradigmática com corpo teórico-técnico e ético-político sustentado por um conjunto de políticas públicas (Pitta, 2011; Chibeni, 2012; Costa-Rosa, 2013 Shimoguiri, 2019).

Arcabouço teórico-conceitual

Os conceitos operadores que integram a AP, sustentam sua estrutura teórico-técnico e ético-político que orientam e instrumentalizam as práticas e políticas públicas na rede assistencial (Brasil, 1990; 2001; 2011; UNA-SUS, 2015; Costa-Rosa, 2013).

A seguir, na figura 1, será apresentando um esquema ilustrando a composição e a dinâmica dos conceitos operadores e instrumentais da Atenção Psicossocial:

Figura 1. Conceitos operadores e instrumentais da Atenção Psicossocial



Fonte: (Brasil, 1990; 2001; 2004; 2009; 2011; Merhy, 2002; Amarante, 2011; Pereira, *et al.*, 2015)

Elaboração própria a partir do software - CMAP Tools Software v. 6.04

Princípios do SUS

A princípio, destaca-se que AP, enquanto principal orientador para as políticas públicas em SMC do SUS, é sustentada transversalmente pelos princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizacionais (descentralização, regionalização e participação e controle social) do SUS (Brasil, 1990; Pereira, *et al.*, 2015).

Acolhimento

O acolhimento na AP é um princípio fundamental na composição da relação de cuidado em todos os equipamentos da rede, principalmente pela PNH. Esta política posiciona o acolhimento como um pilar essencial para promoção da integralidade do cuidado, destacando a necessidade de que o usuário seja atendido de forma contínua, respeitosa e corresponsável (Brasil, 2004). Nesse sentido, o acolhimento pode ser compreendido

[...] como diretriz ético/estético/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e como ferramenta tecnológica relacional de intervenção na escuta, na construção de vínculo, na garantia do acesso com responsabilização e na resolutividade dos serviços (Brasil, 2009, p.15)

Na prática, o acolhimento implica uma atitude de receptividade e disponibilidade, onde o profissional de saúde se apresenta na posição de ouvir sem julgamentos, oferecendo um espaço seguro, respeitoso para promoção do cuidado de baixa exigência permitindo que o usuário se sinta acolhido não apenas nas suas condições de saúde, mas também em sua singularidade enquanto sujeito com direitos e necessidades (Brasil, 2009; Pereira, *et al.*, 2015). Para tanto, o acolhimento se constitui como uma estratégia para garantir a escuta ativa e o acompanhamento longitudinal dos usuários (Campos, 2001). A PNH destaca que todos os membros da equipe devem estar implicados nesse processo e, portanto, o acolhimento, ultrapassa a simples recepção dos usuários, sendo uma postura que se estende a todo o processo de cuidado, desde a chegada até o acompanhamento contínuo (Brasil, 2004; 2009)

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (Brasil, 2009, p.17).

Nos equipamentos da RAPS, sobretudo nos CAPS, o acolhimento compõe o núcleo duro relacional de cuidado. Ele se apresenta fundamental para promoção das práticas de cuidado favorecendo a construção de vínculo terapêutico (Brasil, 2004). Merhy (2002) reforça que o

acolhimento implica não apenas ouvir o usuário, mas também acolher suas demandas e compartilhar a corresponsabilidade pelo tratamento, de modo a promover autonomia e protagonismo no seu cuidado. Nesse sentido, o acolhimento, ao incluir e dar voz ao usuário, também é visto como um importante dispositivo de redução de danos e de garantia de direitos, ao reafirmar a dimensão ética do cuidado com foco na humanização e na criação de redes de apoio a partir das necessidades singulares de cada indivíduo (Brasil, 2004; 2009; Pereira, *et al.*, 2015).

Vínculo

Assim como o acolhimento, a construção de vínculos positivos na relação de cuidado, também integra um dos princípios da AP. No contexto da AP, especialmente no CAPS, o vínculo não é apenas uma relação de confiança, é sim um dispositivo de cuidado em que pode promover maior engajamento e sensibilização para o cuidado, funcionando como um suporte afetivo para o usuário (Merhy, 2002; Brasil, 2004; Amarante, 2011; Pereira, *et al.*, 2015)

O vínculo atua como um dispositivo relacional estruturante das práticas de saúde mental na AP e nos CAPS, onde a proximidade e a construção de relações horizontais com os usuários são valorizadas. A Portaria nº 3.088, de 2011, que regulamenta RAPS no SUS, enfatiza a importância de um atendimento humanizado e próximo, no qual o vínculo é reconhecido como um recurso indispensável para a promoção de autonomia e protagonismo dos usuários (Brasil, 2004, 2011). Nesse sentido,

[...] o vínculo é uma peça fundamental para que aconteça o cuidado em saúde. O vínculo pressupõe o encontro de duas pessoas, mas não o encontro casual do dia a dia. Esse encontro dispõe, de um lado, o usuário do SUS, que se encontra fragilizado (física e emocionalmente), com necessidade de saúde e de cuidado; do outro o trabalhador em saúde, que, supostamente, possui o saber técnico para lidar com sua fragilidade e solucionar suas necessidades de saúde. Antes de tudo, se reconhece que ambos, usuário e profissional, são pessoas com suas angústias, expectativas, razões e interesses diferentes, que irão afetar essa reação. O vínculo ocorre quando se processa uma ligação ética entre duas pessoas, numa relação de ajuda e respeito mútuos (Pereira, *et al.*, 2015, p. 123).

A construção de vínculo é entrelaçada a relação de cuidado com os profissionais de referência, Merhy (2002), em trabalho sobre o “trabalho vivo em ato” e “acolhimento”,

contribuiu para pensar na saúde mental de forma menos institucional e mais integrada ao território e às necessidades singulares dos usuários. Nesse sentido, destaca que o profissional de referência desempenha uma função importante para a criação de vínculos e na promoção de longitudinalidade do cuidado, e, portanto, a promoção de vínculos positivos também atua no fortalecimento das redes de apoio que envolvem o usuário em seu território (Merhy, 2002; Amarante, 2011).

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O projeto Terapêutico Singular (PTS) é um importante conceito e dispositivo e está no cerne AP. No contexto da saúde mental e AP, o PTS tem suas origens no Brasil a partir da RPB desde da década de 1980. Inicialmente, trabalhou-se com o conceito de Projeto Terapêutico Individual (PTI), mas com o tempo, a terminologia foi expandida para PTS, o termo "singular" reflete a noção de que cada pessoa é única, com suas particularidades, e que o cuidado deve ser elaborado de maneira singular, levando em consideração as diversas dimensões de sua vida, sua alteridade, sua história e vulnerabilidades em seu contexto de vida social (Colato, 2022).

O PTS surgiu em uma perspectiva crítica e ética de repensar a assistência em saúde mental. Ele busca transformar a abordagem de cuidado, que antes era restritiva ao poder e saber médico, geralmente centralizada na doença, para um modelo mais aberto e participativo, onde o protagonismo e a autonomia do usuário são essenciais para a construção do cuidado. Desta forma, o sujeito ocupa papel ativo na coprodução e cogestão do seu tratamento respeitando as singularidades e as necessidades do usuário (Oliveira, 2007; Colato, 2022).

Neste sentido o PTS, pode ser compreendido como dispositivo e/ou ferramenta integrada à perspectiva da clínica ampliada e das diretrizes da PNH (PNH UNA-SUS, 2016) No contexto da saúde mental PTS integra a linha de cuidado de forma transversal, promovendo o desenvolvimento de estratégias terapêuticas articulados as necessidades, possibilidades e desejo do sujeito ou coletivo (uma família, por exemplo) juntamente com a equipe multidisciplinar em que se valoriza a composição de diferentes saberes na construção de estratégias de cuidado, possibilitando reorganização do trabalho nas instituições de saúde estimulando os profissionais a repensarem suas práticas e incorporarem novas formas de cuidado que sejam mais inclusivas e sensíveis às diversas realidades (UNA-SUS, 2016; Colato, 2022; Oliveira, 2007).

Sua construção tem caráter provisório, sujeito a revisões, uma vez que a situação e as relações estão em constante transformação (UNA-SUS, 2016). Para construção do PTS não existe um protocolo, ou regras fixas. No geral, seu desenvolvimento deve ser sustentando a partir do vínculo estabelecido e do protagonismo do indivíduo no em seu processo. O momento de realizar o PTS individual ou grupal pode ser identificada avaliada e/ou proposta a qualquer momento do tratamento, tendo em vista que “a história, em geral, vai se construindo aos poucos, pois esse processo é relacional e complexo” (UNA-SUS, 2016, p.2).

Enquanto dispositivo, pode ser construído em quadro movimentos:

1.Definição situacional: Consiste na identificação de necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades do usuário; além das intervenções já realizadas e seus resultados.

2.Definição de metas: Diz respeito às questões sobre as quais se pretende intervir, norteadas pela inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de suporte social da pessoa, família, grupo ou coletivo. Há propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o usuário e a equipe de saúde ou o profissional de referência que tiver melhor vínculo com o paciente.

3.Divisão de responsabilidades: Nessa etapa, define-se um profissional de referência que articula e cuida de todo o processo. Pode ser qualquer profissional da equipe de saúde. Geralmente é aquele profissional de referência com quem o usuário tem melhor vínculo. É ele quem coordena o PTS, suas tarefas, metas e prazos e reavaliação do processo tanto com o usuário, seus familiares, equipe e outros parceiros envolvidos.

4.Reavaliação: É conduzida pelo profissional de referência. A reavaliação envolve encontros com os envolvidos no processo e deve ser feita em diversos momentos. Nela são revistos prazos, expectativas, tarefas, objetivos, metas e resultados. É também na reavaliação que são feitas as devidas intervenções e direcionamentos (UNA-SUS, 2016, p.2, *grifo nosso*).

Por fim, o PTS compõe um importante conceito e dispositivo de cuidado no contexto na AP, pois permite instrumentalizar os profissionais e os sujeitos a pensar as estratégias de cuidado forma participativa (Brasil, 2004, UNA-SUS, 2016; Colato, 2022).

Clínica Ampliada

Historicamente, a atenção a saúde e o raciocínio clínico dos profissionais foram influenciados por uma perspectiva dicotômica entre os enfoques biomédico, social e mental, em que geralmente o biomédico a partir da doença e seus sintomas sempre foram aspectos centrais do raciocínio clínico (Brasil, 2004). Onokro-Campos (2014) problematiza essa perspectiva afirmando que “A doença nunca ocuparia todo o lugar do sujeito, a doença entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente” (p.101) nesse sentido, “é certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos. Mas esta universalidade é verdadeira apenas em parte” (Brasil, 2004, p.16)

Nesse sentido, a Clínica Ampliada surge como uma estratégia para integrar e incluir diferentes abordagens e disciplinas, reconhecendo a complexidade dessa relação saúde-doença, seus diferentes enfoques, assim como e maior predominância situacional de um desses enfoques em diferentes momentos da vida de um indivíduo ou coletivo sem as excluir de forma dicotômica e degradada (Brasil, 2004; Onokro-Campos). A Perspectiva da Clínica ampliada, compõe um uma diretriz de cuidado para todo o SUS a partir da PNH e seus recursos.

No âmbito da AP a Clínica Ampliada opera de forma transversal na composição do cuidado de toda equipe multiprofissional como um recurso de apoio teórico-metodológico que favorece os profissionais e a equipe com a capacidade de ajudar as pessoas, não só o enfrentamento de doenças propiciando uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários de forma que a experiência do adoecimento, embora implique limites não impeça o sujeito de viver outras coisas na sua vida (Brasil, 2004; Grigolo e Pappian, 2014).

Aumentar o interesse e o gosto por outras coisas e novos projetos também é a vida! É mais ampla do que os meios que a gente vai encontrando para que ela se mantenha saudável, o processo de ‘medicalização da vida’ faz diminuir a autonomia e aumenta a dependência ou a resistência ao tratamento, fazendo de uma interminável sucessão de consultas, exames e procedimentos o centro da vida (Brasil, 2004, p.30)

A Clínica ampliada se organiza em torno de cinco eixos fundamentais, sendo: a compreensão ampliada do processo saúde-doença, que busca uma visão holística e integrada da saúde; a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, incentivando o trabalho em

equipe e a colaboração com o usuário; a ampliação do objeto de trabalho, voltada para o atendimento de pessoas e não apenas de condições patológicas isoladas e fragmentadas; a transformação dos instrumentos de trabalho, promovendo o uso de técnicas e dispositivos que favoreçam a comunicação e a cooperação; e o suporte aos profissionais de saúde, que visa fortalecer a equipe no enfrentamento das complexidades e dos desafios emocionais do cuidado. Esses princípios são sustentados pela corresponsabilização e na construção de redes de apoio e de cuidado (Brasil, 2004; Grigolo e Pappian, 2014).

Por fim, a Clínica Ampliada se apresenta como uma tecnologia inovadora e integradora para a prática clínica em saúde mental e Atenção Psicossocial, favorecendo a superação da visão tradicional que se limita à doença (Onockro-Campos, 2014) enfatizando práticas transdisciplinares com enfoque no sujeito e ampliação de aspectos de saúde (Brasil, 2004; Grigolo e Pappian, 2014).

Redução de danos

Às vezes a Redução de Danos consiste em um cuidado continuado para o usuário continuar vivo mesmo sabendo ou supondo que nunca desistirá de sua adicção” (Lancetti, 2015, p.115).

A redução de danos (RD) é um conceito utilizado para descrever um conjunto de estratégias e práticas de cuidado cujo objetivo é minimizar os danos associados ao uso de SPA às pessoas que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas, sem a exigência de que elas deixem de usar drogas (abstinência total) como condição para receber cuidado. Estas estratégias atuam de forma a prevenir e/ou diminuição dos riscos e danos para os indivíduos e coletivos que fazem uso abusivo e/ou problemático de SPA a partir de uma perspectiva ético-clínico-política, pautada nos direitos humanos sem julgamento, coerção e discriminação (Brasil, 2005; IHRA, 2010; Passos e Souza, 2011; Pereira *et al.*, 2015; Soares e Santos, 2015; Surjus, Formigoni e Gouveia, 2018).

Segundo Marlatt (1999, p. 45-51) apud Soares e Nunes (2015, p.63). A redução de danos possui os seguintes pressupostos básicos:

- 1.A redução de danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas;
- 2.A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos;
- 3.A redução de danos surgiu como uma abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de “cima para baixo”, promovida pelos formulares de políticas de drogas;
- 4.A redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens adicionais de alta exigência;
- 5.A redução de danos baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista

No âmbito da AP, a redução de danos é uma das principais estratégias de cuidado entrelaçada as perspectivas da clínica ampliada, acolhimento, vínculo e da composição PTS, a redução de danos compõe uma importante tecnologia de cuidado a pessoas e coletivos com sofrimentos mentais decorrente do uso abusivo e/ou problemático de SPA. Sobretudo, a partir dos CAPS AD e consultórios de rua que ocupam papéis estratégicas nessa linha de cuidado (Brasil, 2004;2005; Soares e Nunes, 2015).

Segundo Surjus, Formigoni e Gouveia (2018) a origem da RD, adotada e mantida como política de Saúde Pública no Brasil é

oriunda de práticas clínicas inovadoras da década de 1920 no Reino Unido, inspiradoras das terapias de substituição e, mais tarde, de reivindicações dos direitos das pessoas que usavam drogas, na década de 1970 na Holanda [...] em 1989, a cidade de Santos, no litoral de São Paulo, foi pioneira no estabelecimento de ações pelo poder público no Brasil, com a implantação do programa de troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. Em 2003, a RD foi indicada como diretriz da política pública nacional de saúde mental às pessoas com problemas associados ao uso de diferentes drogas e vem ganhando, desde então, contornos peculiares nos diferentes cenários do uso de drogas [...] (p.4).

O processo de expansão e estabelecimento das práticas e políticas de RD enquanto um novo paradigma ético, clínico e político na política pública brasileira de saúde envolveu um confronto e resistência frente às políticas antidrogas, cujas raízes foram estabelecidas durante o período da ditadura (Passos e Souza, 2011). A redução de danos enquanto prática, pode aplicada a todas SPA, com enfoque na defesa da vida dos usuários, estimulando-os a serem protagonistas das ações de cuidado e nas suas decisões a partir de um saber próprio e de sua

história, buscando promover o resgate da cidadania e não na contrafissura (Lancetti, 2015; Soares e Santos, 2015).

Nesse sentido, conforme IHRA (2010)

Pessoas que se envolvem com projetos de redução de danos reconhecem que redução de danos muda suas vidas positivamente as intervenções são facilitadoras e não coercitivas, e são fundamentadas nas necessidades dos indivíduos. Como tal, os serviços de redução de danos são estruturados para servir as necessidades dos usuários onde eles estão ou vivem. Pequenos ganhos para muitos têm mais impacto comunitário do que grandes ganhos para uns poucos selecionados. As pessoas tendem mais a dar múltiplos pequenos passos do que poucos passos enormes. Manter as pessoas que usam drogas, vivas e protegidas de danos irreparáveis são consideradas as mais urgentes prioridades, mesmo compreendendo que existem muitas outras prioridades (p.2).

No entanto, ressalta-se que no âmbito da AP, embora a RD tenha avançado em suas práticas e políticas públicas, sua efetiva implantação enquanto política pública apresenta contradições e impasses importantes vindas do próprio estado, em direção ao proibicionismo e a criminalização. Nesse sentido, a prática de RD também pode ser compreendida como ato de resistência à violência e a contrafissura (Passos e Souza, 2011; Lancetti, 2015; Soares e Santos, 2015).

Intersetorialidade

A intersetorialidade é um conceito que representa um conjunto de práticas intersetoriais, cujo objetivo é a integração e a articulação de diferentes equipamentos e políticas públicas da saúde com outras áreas, como educação, assistência social e cultura, visando a composição do cuidado integral a partir de múltiplos atores e recursos além da RAPS (Brasil, 2011; Pereira *et al.*, 2015). Nesse sentido, a intersetorialidade é uma estratégia para responder às complexas demandas dos usuários, articulando redes de suporte (Amarante, 2011).

Territorialidade

O conceito de territorialidade é central para a organização do cuidado em saúde mental, articulado a intersectorialidade tem como foco o território como um espaço social, cultural e simbólico do usuário. A articulação nesse território, permite que o cuidado em saúde mental seja estruturado conforme as características e necessidades da comunidade, promovendo a integração entre as práticas de cuidado e sua realidade local assim como o fortalecimento dos laços comunitários (Brasil, 1990, 2001; Pereira *et al.*, 2015).

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes, e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do Território, como organizador da rede de atenção psicossocial, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (Pereira *et al.*, 2015, p.134).

Reabilitação Psicossocial

Priorizar o social em Reabilitação Psicossocial implica sair de centros de reabilitação, de hospitais e de Oficinas Abridadas, para criar espaços de intervenção na própria comunidade (Benetton, p. 184, 2016).

Tendo como base Saraceno (2016) e Pitta (2016) podemos definir a RP como um conjunto de estratégias intersectoriais em saúde, previdência, moradia, trabalho, escola, lazer e cultura que de formas articuladas possam ajudar os “sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes” (Pitta, 2016, p.15). Dessa forma, busca-se “aumentar a contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade” (Pitta, 2016, p.15). Seu instrumental tem se constituído de um conjunto de práticas inter e multidisciplinares, sustentados por políticas públicas, com enfoque em dispositivos de bases comunitárias com enfoque em moradia (habitat); rede social e trabalho. (Amarante, 1994; Saraceno; 2016; Pitta, 2016).

Segundo Pitta (2016), as diferentes experiências com a reabilitação psicossocial ao redor do mundo, compartilharam, apesar de suas particularidades, um objetivo em comum, o de “reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tradicionais tratamentos, desenvolvendo-se dentro e fora dos hospitais e se utilizando de um sem número de técnicas” (p.20). No Brasil, a Reabilitação Psicossocial tem se constituído como uma das principais estratégias de cuidado a pessoas com sofrimentos mentais no âmbito da saúde coletiva. Historicamente constituiu-se como eixo norteador para RPB (Pitta, 2016; Amarante, 1998; Morato, 2019).

Em profundo estudo realizado sobre a Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial, a tese de Morato (2019) identificou concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental, ressaltou que a RP com base Saraceno,

foi fundamentada nos pressupostos e aporte teórico-prático da desinstitucionalização italiana, a qual orientou o processo de transformação assistencial em saúde mental daquele país”. Ainda, a experiência italiana, bem como o arcabouço teórico-prático que a orientou (a desinstitucionalização) e uma das perspectivas de atuação que dele descendeu (a Reabilitação Psicossocial), teve grande repercussão em diversos países, dada sua radicalidade e inventividade, alcançando e influenciando, de maneira expressiva, a realidade brasileira (p.25)

Em meio ao processo da RPB e a constituição da Atenção Psicossocial, a Reabilitação Psicossocial operou como principal aporte para as práticas em saúde mental constituindo-se como operador teórico-prático da RPB (Morato, 2019). Atualmente, além da RP estar no cerne das práticas, profissionais das equipes multidisciplinares, a RP integra o campo da AP operando enquanto um dos seus objetivos a serem alcançados, conforme disposto na Portaria 3.088, de dezembro 2011:

Art. 12. O componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais de que trata o § 1º deste artigo devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída por uma rede de equipamentos e dispositivos de base comunitária, estrategicamente construídos para instrumentalização da rede técnico-assistencial da Atenção Psicossocial, sustentada pelos princípios do SUS atua na construção de uma rede comunitária de cuidados, substitutivos ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2011; Pereira, *et al.*, 2015). Sua estrutura em rede visa “garantir o acesso da população a atenção psicossocial e, especialmente, supõe a construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade” (Shimoguri e Costa-Rosa, 2017, p.849). Almeja-se que, os serviços em rede possam atuar como dispositivos de produção singular de saúde e subjetividade (Costa-Rosa, 2013).

Pereira, *et al.*, (2015) com base nos princípios do SUS, da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Atenção Psicossocial nos apresentam os princípios orientadores da RAPS:

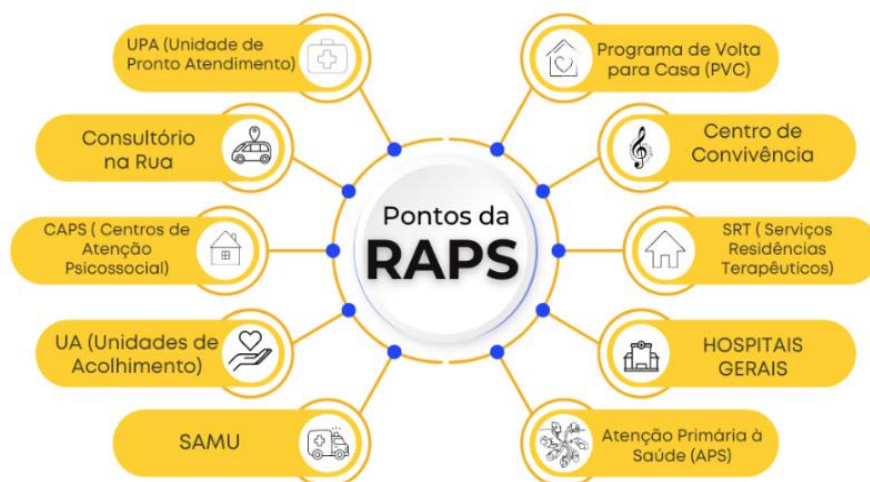
- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- promoção da equidade, isto é, da atenção aos que mais necessitam, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- combate a estigmas e preconceitos.
- garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.
- diversificação das estratégias de cuidado;
- desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e o exercício da cidadania.
- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

- promoção de estratégias de educação permanente
- desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (p. 136-137)

Os equipamentos e dispositivos da RAPS são constituídas por: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Convivência (CECOs); Unidades Básica de Saúde; Consultório na Rua; Centros de Convivência; Urgência e Emergência (Unidades de Pronto Atendimento - UPA, Prontos Socorros, SAMU); Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; Serviços de Atenção em Regime Residencial; Unidade de Acolhimento (UA) enfermaria especializada em Hospital Geral; Oficinas de trabalho e geração de renda entre outros pontos, como associações de bairro e ongs locais. (Brasil, 2001; 2011; 2017; Amarante, 2011; Pereira, *et al.*, 2015; Shimoguiri e Costa-Rosa, 2017).

A seguir, a figura 2. os principais pontos da RAPS.

Figura 2. Componentes da RAPS e seus respectivos pontos de atenção



Fonte: Brasil (2024).

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos de portas abertas inseridos no território comunitário de referência, destinados a acolher e ofertar cuidado a pessoas em intenso sofrimento psíquico, decorrentes de transtornos mentais, do uso abusivo e/ou problemático álcool, crack e outras drogas, incluindo seus familiares. Os CAPS

desempenham papel estratégico na Rede de Atenção Psicossocial por serem responsáveis em ativar e articular o cuidado na rede intersetorial de saúde, incluindo apoio matricial às UBS de referência (Brasil, 2001; 2011; 2017; Pereira, *et al.*, 2015). Os CAPS ofertam cuidado assistencial com base na liberdade e no fortalecimento da cidadania, inclusão e participação social das pessoas em respeito aos direitos humanos e combate a discriminação, preconceito e o estigma. Seu objetivo é oferecer atendimento clínico e a reinserção social, ao invés de isolamento, promovendo a oportunidade às pessoas de exercer seu protagonismo e viver com dignidade em seus territórios (Brasil, 2011; Shimoguri, 2019; Pereira, *et al.*, 2015).

O CAPS é constituído por uma equipe multiprofissional caracterizada por uma dinâmica interdisciplinar e/ou transdisciplinar na composição do cuidado humanizado a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS) construindo em conjunto com o(a) usuário(a) e familiares. O CAPS oferta atendimentos individuais e em grupo e diferem quanto a sua tipologia e capacidade, como pode ser visto no quadro 2.

Quadro 2. Tipologias dos CAPS e suas capacidades

TIPOLOGIA DOS CAPS	POPULAÇÃO REFERENCIADA	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO	CAPACIDADE DE ATENDIMENTO
CAPS I	Municípios ou regiões com até 70 mil habitantes	Segunda a sexta, 8h às 18h	Atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, realizando cerca de 30 a 45 atendimentos por dia . Indicado para a reabilitação psicossocial em áreas de menor porte populacional.
CAPS II	Municípios ou regiões com 70 a 200 mil habitantes	Segunda a sexta, 8h às 18h	Realiza atendimento de 50 a 75 pessoas por dia , com foco no cuidado integral para transtornos mentais graves. Conta com equipe interdisciplinar e visa a reintegração dos usuários à vida comunitária.
CAPS III	Municípios ou regiões com mais de 200 mil habitantes	24 horas por dia, todos os dias da semana	Atende até 150 pessoas diariamente , com a capacidade de oferecer internação noturna para até 12 leitos . Atende casos de crise e urgência psiquiátrica, com funcionamento ininterrupto.
CAPS AD II (Álcool e Drogas)	Municípios ou regiões com mais de 70 mil habitantes	Segunda a sexta, 8h às 18h	Especializado no atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, realizando 50 a 75 atendimentos diários .
CAPS AD III (Álcool e Drogas)	Municípios ou regiões com mais de 200 mil habitantes	24 horas por dia, todos os dias da semana	Funciona 24 horas por dia com até 120 a 150 atendimentos diários , dispondo de até 12 leitos para acolhimento noturno . Especializado no atendimento de usuários de álcool e drogas em situação de crise e que necessitam de cuidados intensivos.

CAPSi (Infantil)	Municípios ou regiões com mais de 200 mil habitantes	Segunda a sexta, 8h às 18h	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves, transtornos do espectro autista, e uso abusivo e/ou problemático de álcool, crack e outras drogas. Realiza 30 a 50 atendimentos diários , com atividades terapêuticas específicas para essa faixa etária.
CAPS IV (Emergencial)	Municípios de grande porte ou regiões metropolitanas	24 horas por dia, todos os dias da semana	Atende crises agudas e emergências psiquiátricas, oferecendo atendimento contínuo, similar ao CAPS III. Tem estrutura de internação provisória , funcionando como porta de entrada em crises, ainda em fase de implementação em algumas regiões.

Fonte: (Brasil, 2011; 2017) - Produção própria

Centros de Convivência (CECOs)

Os Centros de Convivência (CECOS) surgiram na década de 1990 com o objetivo de promover a inclusão social de pessoas na comunidade, por meio da arte e cultura. Não são serviços de saúde tradicionais, pois o foco está no fortalecimento de redes sociais e no desenvolvimento de habilidades para a cidadania e autonomia (Brasil, 2011).

Estes equipamentos busca promover a troca de saberes entre os participantes, ajudando a construir e ampliar as relações sociais fora dos espaços médicos ou terapêuticos convencionais, baseado no princípio da territorialidade, buscam a criação de pontes afetivas e contratuais entre os usuários e a comunidade, oferecendo suporte na reinserção social, desinstitucionalização e no combate ao estigma e à exclusão social por meio de um espaço acolhedor para realização atividades artesanais e culturais que lhe façam sentido (Brasil, 2011; Shimoguri, 2019; Pereira, *et al.*, 2015).

Unidade Básica de Saúde (UBS)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem o principal ponto de acesso à atenção primária no SUS e desempenham um papel fundamental na promoção e prevenção em saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial. As UBS são responsáveis pelo acompanhamento contínuo de pessoas com transtornos mentais leves e moderados, atuando na rede de suporte

para a desinstitucionalização do cuidado. As UBS trabalham articuladas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por meio do apoio matricial (Brasil, 2011; 2017; Pereira, *et al.*, 2015).

Integrante a UBS a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui uma política pública de saúde no Brasil voltada para a atenção básica, implementada para reorganizar o sistema de saúde brasileiro e focar na promoção, prevenção e cuidado integral da saúde, principalmente em áreas de vulnerabilidade social (Silva; Pinheiro, 2018). Criada inicialmente como Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, essa estratégia promoveu uma mudança de paradigma ao priorizar ações voltadas para o território, com foco no contexto socioeconômico e cultural dos usuários (Brasil, 1994). As equipes de saúde da família, compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, são o pilar da ESF, sendo responsáveis pelo acompanhamento de um número determinado de famílias na área de abrangência da unidade (Silva; Pinheiro, 2018).

Em 2008, em resposta à demanda por ações interdisciplinares, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para expandir a atuação da atenção básica e possibilitar o atendimento de condições mais complexas (Brasil, 2010). O NASF foi uma resposta à demanda por ações interdisciplinares, trazendo para o contexto da ESF profissionais de diversas áreas, como psicologia, fisioterapia, nutrição, e terapia ocupacional (Brasil, 2010). O apoio matricial proporcionado pelo NASF visa aumentar a resolutividade das equipes de saúde da família por meio da cogestão dos casos, ampliando as intervenções e promovendo a integralidade do cuidado (Souza *et al.*, 2010).

Recentemente, em 2023, o Ministério da Saúde substituiu o NASF pelas chamadas Equipes Multiprofissionais (e-Multis), estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 2979 de 2023 (Brasil, 2023). A criação das e-Multis tem uma composição mínima e funcionam de maneira flexível visando ser mais ágil e centrada nas necessidades locais, proporcionando uma maior integração com as equipes de saúde da família e otimizando os processos de trabalho em rede (Brasil, 2023; Santos; Mendes, 2023).

Consultório na Rua

O Consultório na Rua é uma estratégia de cuidado territorial voltada para populações em situação de vulnerabilidade social, especialmente pessoas em situação de rua. É composta por uma equipe itinerante de profissionais de saúde e assistência social que oferecem

atendimento clínico e psicossocial no território, visando garantir o acesso dessas populações ao cuidado integral em saúde, incluindo saúde mental (Brasil, 2011; 2017; Pereira, *et al.*, 2015).

Os Consultórios na Rua atuam de forma articulada com a RAPS, promovendo a redução de danos e articulando o acesso de usuários para os CAPS e outros serviços de saúde, buscando a reinserção social e o fortalecimento de vínculos comunitário (Brasil, 2011; 2017; Pereira, *et al.*, 2015).

Unidade Acolhimento (UA) adulto e Unidade de acolhimento infanto-juvenil

As Unidades de Acolhimento (UA) são dispositivos estratégicos da RAPS que oferecem acolhimento temporário para indivíduos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A UA Adulto atende pessoas acima de 18 anos, enquanto a UA Infanto-Juvenil é destinada a crianças e adolescentes de 10 a 18 anos (Brasil, 2011; 2017; Pereira, *et al.*, 2015).

As unidades visam garantir um espaço protegido, no qual os usuários possam vivenciar um processo terapêutico intensivo, sem a ruptura dos vínculos sociais e comunitários. As UA's em constante articulação com os CAPS AD de referência e funcionam como suporte para a construção de projetos terapêuticos singulares, com vistas à reintegração social e promoção da autonomia (Brasil, 2011; 2017; Pereira, *et al.*, 2015)

Serviço de Atenção em Regime Residencial (SRT)

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são uma modalidade de moradia destinada a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes que, após longos períodos de internação psiquiátrica, não possuem suporte familiar ou condições de vida autônoma. O SRT está inserido na lógica de desinstitucionalização e é fundamental para a reintegração social dessas pessoas, fornecendo um ambiente de moradia digna, onde o cuidado psicossocial é oferecido continuamente por equipes multiprofissionais. São classificadas em tipo I e tipo II. O objetivo do SRT é promover a autonomia dos moradores, incentivando a participação em atividades sociais e comunitárias, e permitindo que estes desenvolvam habilidades que favoreçam sua independência (Brasil, 2011; 2017; 2024; Amarante, 2011; Pereira, *et al.*, 2015).

Serviço Hospital de Referência (leitos e enfermarias em Hospital geral)

O Serviço Hospitalar de Referência, composto por leitos e enfermarias em hospitais gerais, faz parte da RAPS com o objetivo de oferecer suporte clínico-hospitalar a pessoas em crise psiquiátrica aguda. Diferentemente dos antigos hospitais psiquiátricos, esses leitos têm a proposta de serem integrados ao ambiente hospitalar geral, garantindo um cuidado mais humanizado e evitando a segregação dos pacientes com transtornos mentais. Desta forma, visa uma articulação direta com a RAPS compondo como um importante dispositivo para o retorno dos usuários aos serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2011; 2017; 2024; Amarante, 2011; Pereira, *et al.*, 2015).

Urgência e emergência (unidades de Pronto Atendimento - UPA, Prontos Socorros, SAMU)

As unidades de urgência e emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Prontos-Socorros e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), são fundamentais no manejo de crises e urgências psiquiátricas. Esses serviços garantem o acolhimento e o atendimento imediato a indivíduos em situações de sofrimento psíquico agudo, com enfoque na atenção e estabilização clínica e mental. A articulação dessas unidades com os CAPS e outros componentes da RAPS é realizada para garantir a continuidade do cuidado e a inserção do usuário em dispositivos de atenção psicossocial após a estabilização inicial (Brasil, 2011; 2017; 2024; Amarante, 2011; Pereira, *et al.*, 2015).

Oficinas de Trabalho e geração de renda

As Oficinas de Trabalho e Geração de Renda são importantes estratégias de inclusão social e geração de renda de pessoas com transtornos mentais e/ou usuárias de álcool e outras drogas. Geralmente essas oficinas são oferecidas em instituições e cooperativas parceiras, onde promovem espaços para os usuários poderem desenvolver habilidades produtivas e criativas, contribuindo para o fortalecimento de sua autoestima e na construção de perspectivas de reinserção no mercado de trabalho (Brasil, 2011; 2017; Amarante, 2011; Morato e Lussi, 2015; Pereira, *et al.*, 2015).

Contextos, desafios e tendências

Embora tenhamos avançado consideravelmente na inovação de nas práticas e na implantação de nas políticas públicas em saúde mental com a instituição da RAPS, as dificuldades e os desafios se apresentam de forma complexa e constante (Amarante e Nunes, 2018). E nesse sentido, um esforço contínuo para o fortalecimento a concretização da Reforma Psiquiátrica ainda em curso (Pitta, 2011; Amarante e Nunes, 2018). Esse processo, não se apresenta de forma linear, e a persistência de práticas ultrapassadas e a precarização dos serviços de saúde mental indicam que ainda há muito a fazer (Almeida, 2019; Dimenstein *et al.*, 2021) Em particular, Guerra (2004) destaca que a Reforma Psiquiátrica, apesar de seus avanços, é marcada por contradições internas que comprometem a efetividade de seus objetivos.

A acessibilidade e a equidade nos serviços de saúde mental historicamente são temas recorrentes nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, sobretudo a universalização do acesso aos serviços de saúde mental, como preconizado pelo SUS na RAPS que ainda enfrentam obstáculos significativos (Dimenstein *et al.*, 2021). A escassez de recursos financeiros e humanos em diferentes regiões do Brasil cria um cenário onde muitos indivíduos não conseguem acessar os cuidados necessários, resultando em uma profunda desigualdade, ou até mesmo ausência no atendimento especialmente nas áreas de saúde mental, coloca em risco a sustentação das conquistas alcançadas até agora, além de acentuar as disparidades regionais no acesso aos serviços (Almeida, 2019; Dimenstein *et al.*, 2021). A formação de recursos humanos qualificados é outro desafio que compromete a operacionalização da RAPS, sobretudo devido à lacuna na formação continuada desses profissionais, que muitas vezes não têm acesso a formações que abordem as novas práticas e teorias de atenção psicossocial (Merçom e Constantinidis, 2020).

O debate científico sobre saúde mental no Brasil e suas políticas públicas têm crescido, mas ainda há resistência a práticas inovadoras que valorizem as evidências científicas na condução das estratégias de cuidado (Almeida, 2019). A superação do modelo hospitalocêntrico tem sido um dos pilares da Reforma Psiquiátrica, para promover inclusão social e participação social de pessoas em sofrimento psíquico (Amarante, 2018). No entanto, ainda persiste uma visão cultural e social estigmatizada sobre as pessoas com transtornos mentais, dificultando a plena inclusão delas na sociedade. Os desafios da saúde pública, colocados na agenda psiquiatria e da saúde mental pelo processo de reforma psiquiátrica, torna-se hoje um tema irrecusável para as instituições de formação e de pesquisa no Brasil (Pereira, *et al.*, p.146). A construção de uma nova cultura sobre saúde mental envolve a luta contra o estigma aos indivíduos atendidos pelos serviços de saúde mental (Pereira, *et al.*, 2015; Prado e Bressan, 2016).

PARTE 2. PERCURSO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4 - OBJETIVOS

Objetivo Geral

Explorar e descrever a relação entre o MTOD, como referencial clínico da Terapia Ocupacional para as práticas em saúde mental, e a Atenção Psicossocial no âmbito da saúde pública.

Objetivos Específicos

- a) Compreender conceitual e epistemologicamente os referenciais da Atenção Psicossocial buscando destacar aproximações e distanciamento com o e do MTOD.

CAPÍTULO 5 - METODOLOGIA

Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva de abordagem qualitativa. O estudo exploratório-descritivo combinado visa explorar e descrever determinado fenômeno, bem como, ampliar a perspectiva de compreensão acerca do objeto de análise, seja ele empírico e/ou teórico a partir de uma variedade de abordagens e métodos (Lakatos; Marconi, 2021). No campo da saúde, a abordagem qualitativa tem sido amplamente utilizada. Sobretudo, por agregar uma dimensão de compreensão simbólica e intencional presente nas ações, relações e estruturas sociais dos sujeitos, coletivos e/ou fenômeno estudado. Desta forma, contribui com maior profundidade os estudos ao investigar em detalhes a complexidade objetiva e subjetiva dos objetivos de pesquisa e seu contexto de análise (Salvador *et al.*, 2020).

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos, sob parecer de número 6.029.415 em 28/04/2023 (Anexo 1) ressalta-se que, o início da coleta de dados ocorreu somente após aprovação do projeto pelo referido comitê.

As (os) profissionais que aceitaram participar desta pesquisa receberam para assinatura o TCLE em formato digital (PDF). As identidades das (os) terapeutas ocupacionais foram preservadas e os dados referentes a cada participante serão apresentados código “TO” seguido respectivamente por um numérico (ex: TO.1, TO.2, TO.3).

Foram retirados das respostas textuais e transcrições audiovisuais conteúdos sensíveis relacionados a características pessoais dos participantes que pudessem ser associadas a suas identidades pessoais.

Durante a fase de preparação do conteúdo, considerando os dados textuais (inclusive os transcritos das entrevistas), foi realizada correção ortográfica e gramatical, assim como a substituição de expressões e palavras repetidas, visando garantir a clareza e a consistência do material. Além disso, foram aplicadas normas de estilo e formatação para assegurar a coesão e

a organização do texto, objetivando maior compreensão e assimilação das informações por parte do público-alvo, sem alterar seus sentidos.

Os trechos que foram excluídos e desconsiderados diante da análise e relevância temática, foram substituídos por [...].

Local da Pesquisa

A pesquisa ocorreu considerando a abrangência nacional (Brasil) por meio de recursos e plataformas eletrônicas.

Participantes

As participantes desta pesquisa foram terapeutas ocupacionais que atuam e/ou atuaram em equipamentos da RAPS considerando todo território nacional. Os critérios de inclusão foram: ser terapeuta ocupacional; ter especialização clínica no MTOD concluída, considerando a formação oferecida a partir de 1994¹⁷; atuar ou ter atuado como terapeuta ocupacional em algum equipamento da RAPS; aceitar participar da pesquisa, considerando todas suas etapas e prévia apresentação de seus objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Para a localização dos participantes foi utilizado um convite eletrônico (Apêndice 2), amplamente divulgado em redes sociais (páginas e grupos de terapeutas ocupacionais que trabalham no campo da saúde mental e Atenção Psicossocial). As principais plataformas utilizadas foram: Whatsapp, Facebook, Instagram e LinkedIn. O convite continha a descrição, os objetivos e um link para participar da primeira etapa da pesquisa.

A partir do acesso ao link associado ao convite, o (a) participante foi redirecionado (a) a uma página contendo um formulário eletrônico. Neste formulário foi apresentado o texto para leitura contendo a proposta desta pesquisa, bem como, TCLE de forma clara, objetiva e detalhada. Após a leitura, e aceite para participar desta pesquisa, o (a) participante foi redirecionado para o preenchimento. A seleção e inclusão das participantes foram realizadas

¹⁷ Esse período é marcado pela construção final do MTOD (Benetton et al., 2021).

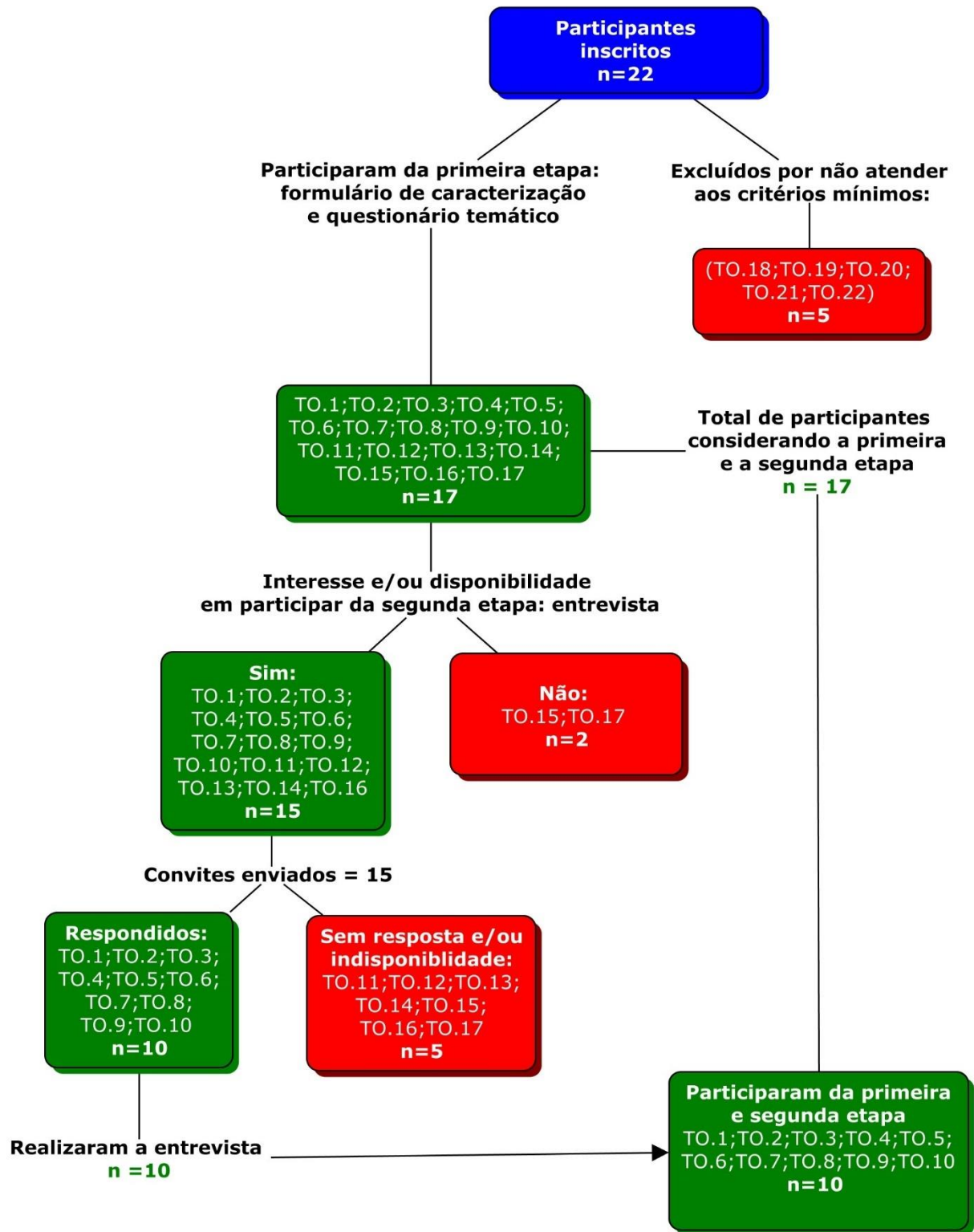
considerando as três etapas da pesquisa. Na primeira etapa, ao responder o Formulário de inscrição e caracterização (Apêndice 3), as respostas foram processadas a partir dos critérios de inclusão, redirecionadas por filtros eletrônicos que redirecionavam a continuidade para próxima etapa. Caso não se atende aos critérios, era direcionado ao encerramento com uma mensagem agradecendo o interesse e disponibilidade em colaborar com o estudo.

Ao término da segunda etapa, o formulário apresentava uma pergunta se a (o) participante teria o desejo e/ou disponibilidade para aprofundar a temática, previamente respondida em uma entrevista qualitativa realizada por plataforma eletrônica (terceira etapa da pesquisa). Perguntava ainda qual a forma que preferira ser contactada, por e-mail, Whatsapp ou telefone.

Após o término dessa etapa, foram realizados os contatos de acordo com o registro dos participantes interessados. Após o primeiro contato a partir do interesse e disponibilidade para entrevista, foram agendadas as datas e horários para realização. Foi realizada uma segunda tentativa de contato aos participantes que não responderam ou foram localizados na primeira tentativa e, considerando o período de coleta de dados, foram excluídos dessa fase, os que não responderam.

A seguir, na figura 3, a representação do fluxo realizado para seleção e inclusão dos(as) participantes considerando as etapas da pesquisa:

Figura 3. Fluxo de seleção das(os) participantes



Fonte: Elaboração própria a partir do software - CMAP Tools Software v. 6.04

Produção de dados

Etapa preliminar a coleta de dados, desenvolvimento dos instrumentos

Para o desenvolvimento dos instrumentos, a princípio o pesquisador em conjunto com orientadora, conforme os objetivos da pesquisa realizaram um desenho preliminar dos instrumentos (ainda em formato textual) e, posteriormente submetido a avaliação de três pesquisadoras da área, previamente convidadas a partir de suas relevâncias diante do tema.

Para os dois instrumentos submetidos a análise: formulário eletrônico de caracterização (Apêndice 3) e o roteiro de entrevista (Apêndice 4) as três juízas, realizaram a análise e orientaram ajustes conceituais e lógicos relevantes.

Uma das juízas, sugeriu a revisão da estrutura semiestruturada e dos objetivos em relação à Atenção psicossocial no roteiro da entrevista.

Uma das juízas, solicitou a versão eletrônica do formulário eletrônico de caracterização (Apêndice 1) de antes do parecer e, portanto, após a construção eletrônica, foi (re) submetido os instrumentos em formato de texto acrescido do link para o acesso eletrônico do instrumento para análise. Após avaliação, foi encaminhado para o pesquisador um relatório detalhado sobre os aspectos e critérios avaliados nos instrumentos, considerando: o layout e estrutura, formato e aspecto visual do formulário (tamanho e fonte dos caracteres, cores e elementos gráficos e análise de aspectos semânticos como a clareza e relevância dos itens).

Todas as sugestões, apontamentos e orientações das juízas foram consideradas e aprimoradas aos instrumentos.

Instrumentos

(1) *Formulário eletrônico semiestruturado* (Apêndice 3) para caracterização e seleção dos participantes contendo, dados pessoais e sociodemográficos, percurso formativo e atuação profissional, seguindo por duas perguntas narrativas sobre prática profissional das (os) participantes nos equipamentos da RAPS que atuaram e/ou atuam a partir do MTOD (Apêndice 3).

(2) *Roteiro para pesquisa semiestruturada* (Apêndice 4) previamente elaborado pelo pesquisador (avaliado e aprimorado por três pesquisadoras especialistas na área) contendo

perguntas disparadoras e situações problemas a partir das quais as (os) participantes pudessem discorrer sobre as temáticas elencadas pertinentes aos objetivos da pesquisa (Apêndice 4).

(3) *Entrevista qualitativa online semiestruturada* caracterizada pela combinação de questões fechadas e abertas conduzidas a partir do roteiro de pesquisa (Apêndice 2) com o objetivo de favorecer a coleta de informações pertinentes à problemática da pesquisa de forma estratégica (Gomes, 2014). A entrevista qualitativa consiste em uma técnica de coleta de dados que privilegia o processo de comunicação dirigida entre o pesquisador (entrevistador) e o sujeito (entrevistado) em busca de informações relevantes para a pesquisa. Consiste em uma técnica amplamente utilizada em pesquisas científicas, sobretudo no campo da saúde por abarcar a dimensão subjetiva e objetiva do entrevistado, do fenômeno e sua relação (Minayo, 2014; Gomes, 2014).

Procedimentos

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no início do segundo semestre de 2023, foi realizada a partir de plataforma online divididas em três etapas considerando seus respectivos instrumentos: questionário eletrônico semiestruturado (Apêndice 3), aplicado na etapa 1; caracterização sociodemográfica, questões pessoais, formativas e profissionais e etapa 2; questões narrativas voltadas às práticas na AP, com base no referencial do MTOD. E, por fim, a entrevista qualitativa online semiestruturada: correspondente à etapa 3, permitindo o aprofundamento das informações coletadas nas etapas anteriores.

As entrevistas foram realizadas conforme agenda construída entre as (os) participantes e o pesquisador por meio de plataforma online de videochamada (google meet). As entrevistas foram gravadas e posteriormente os arquivos foram salvos em diretório particular do pesquisador.

Integrada ao desenvolvimento desta pesquisa, foi realizada uma ampla revisão de literatura por meio de uma revisão narrativa nos principais periódicos de terapia ocupacional indexados e não indexados, além de dissertações, teses e livros de relevância na área. A revisão narrativa, refere-se a uma síntese qualitativa de publicações amplas, apropriadas para descrever

e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, do ponto de vista teórico ou contextual, dispensando um protocolo rígido para sua confecção (Rother, 2007).

Processamento dos dados

O processamento dos dados foi realizado após a conclusão da etapa de coleta, abrangendo conteúdos textuais de natureza descritiva e estática, provenientes das duas primeiras etapas, além de conteúdos audiovisuais das entrevistas qualitativas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas em texto para análise, seguindo o referencial de análise temática (Minayo, 2014)

O material referente ao armazenamento dos dados textuais foi primeiramente armazenado em um banco de dados online do Google Forms foi transferido uma cópia para o computador pessoal do pesquisador. Utilizando os softwares Excel e Word integradas ao processo de análise para sistematização e o desenvolvimento de tabelas, quadros e gráficos. Em específico, as respostas narrativas da prática do MTOD na AP foram organizadas em um único arquivo, compondo uma única matriz.

Em relação ao conteúdo proveniente das entrevistas qualitativas, os arquivos também foram transferidos para diretório pessoal do pesquisador e posteriormente submetido ao processo de transcrição literal do material utilizando apoio licenciado de software de inteligência artificial – *Descript*¹⁸.

Após o processo de transcrição, o texto foi organizado em pastas específicas a cada participante, nomeadas por códigos, juntamente com os dados audiovisuais. Ressalta-se que nessa etapa, foi utilizado várias camadas de segurança e criptografia, resguardando a confidencialidade dos dados ao pesquisador.

Para a organização dos dados das entrevistas qualitativas, foram organizadas em arquivos separados e posteriormente a integração com uma matriz temática única e ampliada conforme delineados no processo de análise.

¹⁸ O Descript é uma ferramenta paga de transcrição de áudio e vídeo, que utiliza IA para gerar transcrições rápidas e precisas e permite editar vídeos diretamente a partir do texto. Mais informações estão no site oficial do Descript, disponível em: <https://www.descript.com>

Análise dos dados

Para a análise dos dados sociodemográficos, foi utilizado análise descritiva e estatística simples, destacando o conteúdo relevante aos objetivos da pesquisa. Utilizou-se a ajuda do software Excel para organização e construção de gráficos e tabelas, assim como Word para auxílio da composição textual.

Para análise do conteúdo provenientes dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica de análise temática compreendida por explorar, identificar e sistematizar o conteúdo temático a partir dos seus núcleos de sentido, presença e frequência presentes no conteúdo em diálogo com suas inter-relações e relevância temática (Minayo, 2014).

A análise temática foi realizada em três partes, considerando suas etapas, natureza e instrumento utilizado: (1) a análise temática proveniente das questões narrativas; e (2) a análise temática proveniente das entrevistas qualitativas, posteriormente a integração de ambas a partir de triangulação proposta por Flick (2009), caracterizada pela combinação de perspectivas e de métodos de pesquisa, que sejam para promover o máximo possível de aspectos distintos de um mesmo problema.

A princípio, utilizou-se o raciocínio dedutivo para compor o processo de análise, utilizando-se como referência o roteiro da entrevista e as perguntas delineadas no questionário (Minayo, 2014). Entretanto, ao iniciar o processo de análise observou-se a existência de temas que emergiam indiretamente (indutivamente), em diálogo a temática apresentada com relevância inter relacional, sugerindo ampliar as compressões sobre o fenômeno. Nesse sentido, a utilização do raciocínio abdutivo, caracterizado por integrar a perspectiva dedutiva e indutiva, possibilitou realizar a análise temática em maior profundidade (Minayo, 2014; Carmargo, 2021).

A análise temática, proveniente das questões narrativas e das entrevistas, foram realizadas a partir das três fases da análise temática descritas por Minayo (2014).

A primeira fase foi composta pela pré-análise, caracterizada pela seleção e organização do material, leitura flutuante, formulação de hipóteses temáticas previas a partir das questões dos instrumentos e delineamento inferido pelo pesquisador, utilizando-se de constructos temporários (Minayo, 2014; Camargo, 2021).

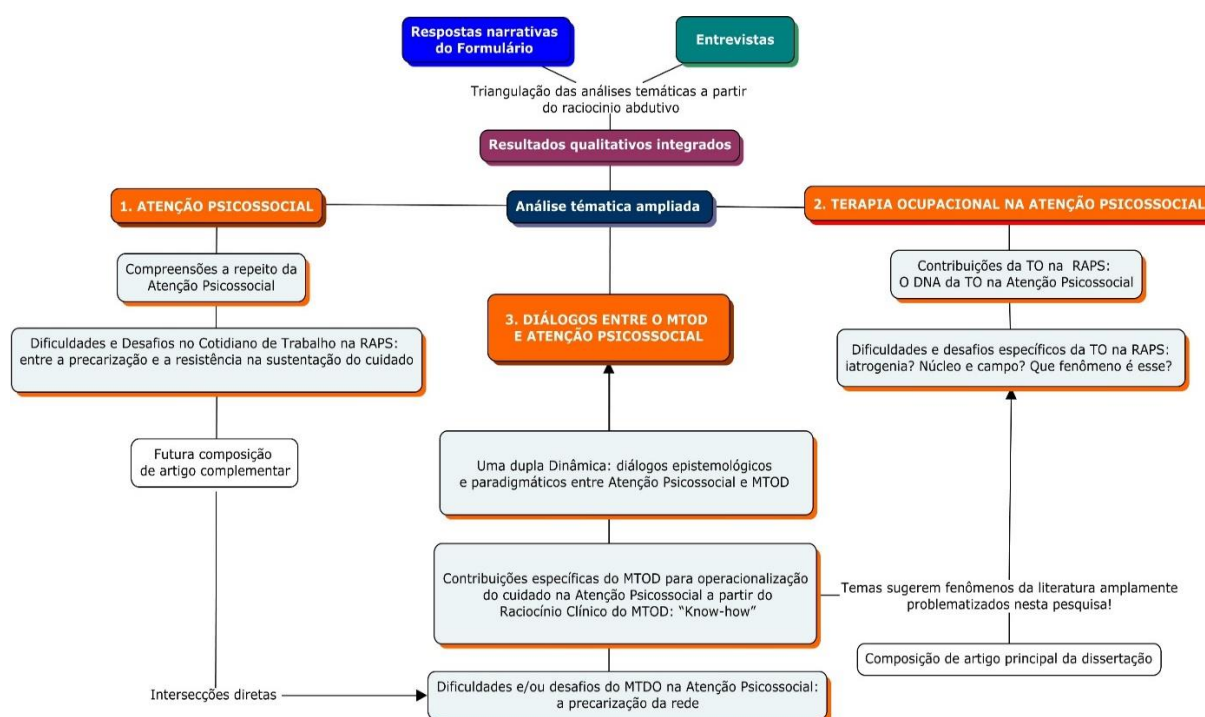
A segunda, fase, consistiu-se na exploração do material, caracterizada pela leitura e codificação de conteúdo, destacando conteúdos relevantes e seus núcleos de sentido, seguida pela terceira fase, composta pela agregação e/ou agrupamento do conteúdo a partir do tema e

seus subtemas. Nessa fase, foram realizadas exaustivas análises, considerando os dados de cada entrevista, seguido por sua integração e sistematização temática ampliada (Minayo, 2014; Camargo, 2021).

Por fim, após análise temática, os resultados foram sistematizados e organizados descritivamente, considerando seus principais temas e subtemas.

Por fim, segue abaixo na figura 4 a ilustração da sistematização da análise temática realizada:

Figura 4. Sistematização da análise temática



Fonte: Elaboração própria a partir do software - CMAP Tools Software v. 6.04

PARTE 3- RESULTADOS

CAPITULO 6 - COMPREENSÕES CONCEITUAIS E EPISTEMOLÓGICAS DOS REFERENCIAIS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E DO MTOD: PONTOS DE CONVERGÊNCIA

Atenção Psicossocial

Em meio aos movimentos reformistas, como a Redemocratização do Estado Brasileiro, a RPB e, principalmente, o Movimento Reforma Psiquiátrica Brasileira, a AP foi se desenvolvendo em diferentes camadas. Primeiramente, desenvolveu-se enquanto paradigma de cuidado: a partir do Paradigma Psicossocial sustentando e produzindo um conjunto de proposições teórico-técnico e ético-político, orientadas ao cuidado ampliado em SMC, sendo o principal referencial orientador para as práticas de cuidado em saúde mental do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2001/2011; Ballarin e Carvalho, 2007; Costa-Rosa, 2013; Pereira, *et al.*, 2015; Morato, 2019, Shimoguri, 2019). Os principais fundamentos da AP como paradigma estão apresentados no quadro 2, comparados com o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador.

A AP também pode ser compreendida como política pública norteadora para a operacionalização da RPB a partir da Lei 10.216 de 2001 e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011 e atualizada pela Portaria 3.588/2017, que regulamenta o funcionamento e a organização dos CAPS e da RAPS em todo o território nacional (Brasil, 2001, 2011). A AP também vem sendo reconhecida internacionalmente como modelo de cuidado em saúde mental comunitária pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2011).

A seguir, no quadro 3. Será apresentado os fundamentos paradigmáticos da Atenção Psicossocial

Quadro 3. Fundamentos paradigmáticos da Atenção Psicossocial

ASPECTOS	PARADIGMA PSIQUIÁTRICO HOSPITALOCÊNTRICO MEDICALIZADOR	PARADIGMA PSICOSSOCIAL
Concepção de Saúde Mental	Foco na doença	Saúde mental como fenômeno social e cultural.
Tratamento	Internações e medicamentos.	Intervenções comunitárias e psicossociais.
Local de Tratamento	Hospitais psiquiátricos (manicômios)	Equipamentos e dispositivos de base comunitária (CAPS, CECOS, UBS (...)).
Usuário - Sujeito	Objeto passivo.	Sujeito-ativo e autônomo.
Vínculo Comunitário	Ruptura com a vida comunitária e familiar.	Fortalecimento dos vínculos sociais.
Objetivo	Controle e supressão dos sintomas e da “periculosidade”	Inclusão e participação social e cidadania.
Práticas de Cuidado	Médico-centrado e hierarquizado	Cuidado interdisciplinar, transdisciplinar e horizontal.
Família	Papel secundário, muitas vezes excluída.	Participação ativa

Fonte: (Venancio, *et al.*, 1997; Brasil, 1990/2001/2004/2011; Merhy, 2002; Pitta, 2011; Chibeni, 2012; Costa-Rosa, 2013; UNA-SUS, 2015; Pereira, *et al.*, 2015; Shimoguri, 2019; Morato, 2019)- Produção própria

Resultante da sua constituição paradigmática, a Atenção Psicossocial também empreendeu a composição de um campo (ainda em processo de construção), constituído pelas noções de “atenção” e “psicossocial”. “Atenção” visa substituir a palavra “clínica” com objetivo de ampliar o conceito de cuidado, para além da exclusiva remissão de sintomas psicopatológicos. Busca compreender o “sintoma” como parte de um sujeito singular e não de pressupostos normativos, universais ou essencialistas da subjetividade humana. A noção “psicossocial” propõe a integração de duas dimensões centrais da existência humana: a psíquica, relacionada à subjetividade, e a social, para além das concepções tradicionais de família e trabalho, integrando de forma ampliada a cidadania, a participação social e o cotidiano (Venancio *et al.*, 1997; Brasil, 2001; Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003; Costa-Rosa, 2013; Pitta, 2016;).

A riqueza e a potência desse campo se caracterizam pela diversidade e multiplicidade de atores e vozes constituintes, compreendendo-se que

[...] não se trata mais somente das vozes dos ‘profissionais de nível superior’, representados, na área da saúde mental, paradigmática e tradicionalmente pela psiquiatria. Ao contrário, são vozes representativas dos diversos atores sociais que participam da construção desse novo paradigma: os profissionais que compõem o que hoje correntemente é denominado de ‘equipe multidisciplinar’, mas também os familiares e usuários a quem se destina o ‘cuidado’ em questão. As últimas vozes – as dos familiares e usuários - ainda são poucas se comparadas às dos profissionais, mas marcam a sua presença, a partir de agora, de modo irreversível (Venancio *et al.*, 1997, p.8).

Desta forma, a AP pode ser compreendida como paradigma, campo e política pública que reúnem e promovem o desenvolvimento de um arcabouço teórico-prático para o campo da SMC, norteando ativamente o processo de RPB (Venancio *et al.*, 1997; Brasil, 2001/2011; Costa-Rosa, 2013; Amarante, 2018; Morato, 2019; Shimoguri, 2019).

Terapia Ocupacional e o MTOD

A Terapia Ocupacional se oficializou como profissão em 1917, na cidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos da América. Desde então, ao longo de seu desenvolvimento, criou-se uma multiplicidade de perspectivas teóricas e metodológicas nos mais diversos campos de atuação, entre eles a saúde mental, reabilitação física, educação e campo social (Soares, 2007).

Começamos resgatando Eleanor Clarke Slagle, principal mentora da Terapia Ocupacional e responsável pela primeira fundamentação técnica e paradigmática da Terapia Ocupacional, nos Estados Unidos. Ela viveu num contexto em que o desenvolvimento técnico-científico e político no campo da assistência à saúde era submetido ao “saber médico” e “psiquiátrico”. Naquele período, a premissa compartilhada socialmente era basicamente o enfrentamento de “sintomas” e a “cura” da doença. Embora fortemente influenciada pelo paradigma da medicina, herdado do Tratamento Moral, Slagle em seu programa “treinamentos de hábitos” já objetivava a “reinserção social” de pessoas com deficiências e com sofrimento psíquico sem o pressuposto da “cura” ou enfrentamento de “sintomas”. Sua proposta pautou-se na valorização dos aspectos saudáveis do sujeito para adaptação das atividades cotidianas (Benetton, 2006).

Dessa forma, Slagle estabeleceu sua revolucionária prática “sutilmente à margem” do “grande poder” preconizado pelo modelo médico (Benetton, 2006). Assim, mesmo antes das grandes reformas psiquiátricas se constituírem, as primeiras práticas em terapia ocupacional com base em Slagle já nos permite incorporar uma perspectiva epistemológica aos diálogos possíveis entre Terapia Ocupacional e Atenção Psicossocial, relacionando potenciais origens paradigmáticas e práticas contemporâneas.

A seguir no quadro 4. Será apresentado os conceitos e pressupostos do MTOD e AP

Quadro 4. Conceitos e pressupostos do MTOD e AP

Conceitos e/ou pressupostos	Método Terapia Ocupacional Dinâmica	Atenção Psicossocial
Origem epistemológica	Trajetória profissional e clínica de Jô Benetton – Teoria da Técnica	Movimentos sociais, Reforma Psiquiátrica e Política Públicas
Fundamentação	Paradigma da Terapia Ocupacional	Estratégias de Reabilitação Psicossocial a partir políticas públicas
Perspectiva Clínica	Crítica, política e ampliada. Parte do desejo e das necessidades	Clínica ampliada e Humanizada
Relação de cuidado	Relação Triádica + 4ª termo	Vínculo
Instrumento	Atividades	Práticas interdisciplinares Políticas públicas
Setting	Cotidiano - Território	RAPS e Território
Diagnostico	Diagnostico situacional	(PTS) Interdisciplinar – Psicopatologia
Avaliação	Trilhas associativas	Instrumentos interdisciplinares
Objetivo	Inserção social e participação social/ ampliação espaços saudáveis	Inclusão e participação social/ Reabilitação psicossocial

Fonte: (Brasil, 1990/2001/2004/2011; Venancio *et al.*, 1997; Costa-Rosa, 2013; Pitta, 2016

Pontos de convergência epistemológicos entre a AP e o MTOD e a trajetória de Jô Benetton, terapeuta ocupacional, pesquisadora e protagonista da T.O Brasileira

Não houve briga que eu não comprasse em nome de “abrir as portas” dos hospitais e depois fechá-los por desuso (Benetton, 1991, p.27)

Em meio esse contexto, Jô Benetton, terapeuta ocupacional formada na primeira turma de nível superior de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP), em 1970, passou em 1ª lugar no primeiro concurso público para terapeuta ocupacional do estado de São Paulo. Jô Benetton, também atuou no Departamento de Psiquiatria do Hospital Estadual do Servidor Público, sob a coordenação de Luiz Cerqueira, e foi responsável por compor umas das primeiras políticas assistenciais da Terapia Ocupacional em saúde mental do estado: “Como se faz Terapia Ocupacional no serviço de Psiquiatria” discorrendo sobre a participação em reuniões e delineando procedimentos para operacionalização de grupos de atividades (Benetton *et al.*, 1971/1983, Albino *et al.*, 2024, No Prelo).

Em 1972, Jô Benetton iniciou sucessivos estudos e supervisões de casos clínicos para terapeutas ocupacionais, em uma época que não existiam supervisões de terapia ocupacional específicas para terapeutas ocupacionais (Benetton e Ferrari, 2000). Nesse sentido, Jô Benetton com ênfase no estudo clínico em terapia ocupacional, inaugurou e liderou um movimento de

constituição dos primeiros grupos de estudos em terapia ocupacional e saúde mental no estado de São Paulo (constituindo-se, posteriormente no primeiro curso de especialização clínica em terapia ocupacional de São Paulo e do Brasil). Em 1973, Benetton assume a coordenação do setor de terapia ocupacional do Hospital da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia, com a proposta inovadora e pioneira de funcionar como o primeiro Centro de Atenção Diária, idealizado por Luiz Cerqueira, não só como alternativa, mais como projeto de cuidado oposto à institucionalização total preconizada pela política hegemônica dos hospitais psiquiátricos da “indústria da loucura” (Benetton, 1971; Brasil, 2019; Albino *et al.*, 2024, No Prelo).

Em 1979, impedida pela ditadura militar de assumir cargos públicos, Jô Benetton em conjunto com Sônia Ferrari, fundam o Hospital dia A Casa – Centro de Integração Social, que tinha como premissa uma proposta de cuidado pautada na integração social, se opondo a institucionalização total de pessoas acometidas por doenças mentais (Albino *et al.*, 2024, no prelo).

Em 1980, a terapia ocupacional brasileira já havia ganhado espaço em equipamentos de saúde pública, principalmente na saúde mental (De Carlo E Bartalotti, 2001). No entanto, o fantasma da identidade profissional voltava a assombrar a prática, potencializada por “um não saber” que assolava as profissionais em uma importante crise da profissão (Guglielmo, 2014). Em meio a esse cenário, em 1980, Jô Benetton, em parceria com Sonia Ferrari, fundaram a primeira instituição de formação clínica para terapeutas ocupacionais em saúde mental do estado e do Brasil, sustentada na soberania da prática clínica. O CETO, na época “Centro de Estudos em Terapia Ocupacional” começou a ofertar o Curso de Especialização de “Terapia Ocupacional em Psiquiatria” com maior enfoque clínica das psicoses, atrelada ao convênio com o Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, com o propósito de formar terapeutas ocupacionais para a prática clínica (Benetton *et al.*, 2021). Sendo esse momento, a primeira formação ofertada pelo CETO.

Destaca-se que nesse período, em meio esse processo de “metamorfose” da Terapia Ocupacional, ocorriam também outros importantes movimentos, sinergicamente entrelaçados a superar à prática hegemônica de cuidado psiquiátrico, pautado no paradigma médico (Pitta, 201; Pereira, *et al.*, 2015). O movimento da luta antimanicomial estava arquitetando a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira, concomitante à reforma sanitária (CNS, 1986). E, nesse sentido, Jô Benetton, e o CETO, possuem forte intersecção com esse processo, pois estavam no

cerne das primeiras construções assistências da terapia ocupacional em saúde mental e das políticas públicas em saúde mental do estado de São Paulo (Albino *et al.*, 2024, no prelo)

Jô Benetton, participou ativamente de eventos científicos e movimentos progressistas, protagonizou a primeira participação de uma terapeuta ocupacional brasileira no XIII Congresso Latinoamericano de Psiquiatria, com o enunciado da terapia ocupacional e saúde mental em uma mesa-redonda: “Equipe multidisciplinar em saúde mental”. Na época, Jô Benetton coordenava o setor de terapia ocupacional do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina, atuando na assistência, ensino e pesquisa de terapeutas ocupacionais contribuindo e defendendo a inserção da Terapia Ocupacional em saúde mental, em diálogo sinérgico com as demais práticas interdisciplinares, contribuindo com o futuro campo da saúde mental - e apresentando, inclusive, a inserção de terapeutas ocupacionais na rede de atenção básica em saúde (Benetton, 1984).

Tendo como propósito a pesquisa de teorias, métodos e técnicas em terapia ocupacional, o CETO desenvolveu cursos de formação clínica para terapeutas ocupacionais em diferentes momentos, com diferentes formatos, em um contínuo processo de aperfeiçoamento (Benetton *et al.*, 2021). Em um primeiro momento, o “Curso de especialização de Terapia Ocupacional em Psiquiatria” direcionado a prática com pacientes psicóticos; posteriormente o “Curso de Especialização em Terapia Ocupacional Psicodinâmica” tendo como base a teoria psicodinâmica. E um terceiro momento, iniciado em 1994, Jô Benetton edifica a construção de um corpo teórico próprio a partir de estudos sobre teoria da técnica e a investigação da experiência e prática clínica, defendendo a tese “*A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*” estabelecendo como base para criação de um método em terapia ocupacional.

Posteriormente, em sua pesquisa de pós-doutorado, resgata e aprofunda seus estudos para as teorias da técnica e seus paradigmas constituintes à história da profissão com ênfase no trabalho de Slagle. A partir daí consolida-se o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) fundado a partir do Paradigma da Terapia Ocupacional (Benetton *et al.*, 2021).

Nesse sentido, o MTOD e AP, foram fundamentados em paradigmas revolucionários evidenciando pontos de convergências epistemológicos.

CAPITULO 7 - RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

Caracterização das participantes

O perfil de caracterização das (os) participantes nesta etapa foi organizado em: dados sociodemográficos; formação acadêmica; referências teóricas e metodológicas; atuação profissional e formação específica no MTOD no total de 17 participantes.

Dados sociodemográficos

A maioria das participantes se declararam-se mulheres cisgêneras (n=16) sendo a maioria delas com idade entre 31 e 40 (n=8); entre 41 e 50 (n=6) e entre 51 e 60 anos (n=2) apenas um participante se declarou homem cisgênero (n=1) com idade entre 20 e 30 anos. Quanto à raça/cor, a grande maioria se declarou branca (n=14), duas participantes declararam-se pretas e apenas uma parda. O estado civil predominante foi casada(o) (n=8), a religião predominante declarada foi espírita (n=5), seguida por católica (n=4).

A maioria das participantes declarou faixa salarial entre R\$ 4.000,00 a R\$ 8.000,00 (n=11). Quanto à carga horária semanal de trabalho, a maioria referiu entre 31 e 40h (n=7). Dentre as participantes, a minoria tem mais de um emprego (n=2). O perfil das participantes está detalhado na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das participantes

		N
IDENTIDADE DE GÊNERO	Mulher cisgênera	16
	Homem cisgênero	1
IDADE	Entre 20 e 30 anos	1
	Entre 31 e 40 anos	8
	Entre 41 e 50 anos	6
	Entre 51 e 60 anos	2
RAÇA	Branca	14
	Preta	2
	Parda	1
ESTADO CIVIL	Casada (o)	8
	Solteira (o)	4
	Divorciada (o)	4
	União estável	1
RELIGIÃO	Sem religião	3
	Espírita	5
	Católica Apostólica Romana	4
	Evangélica	2

	Espiritualista	2
	Não determinada	1
FAIXA SALARIAL	Menor que R\$ 4.000,00	2
	Entre R\$ 4.000,00 a R\$8.000,00	11
	Entre R\$ 8.000,00 a R\$12.000,00	2
	Maior que R\$ 12.000,00	2
CARGA HORÁRIA SEMANAL DE TRABALHO	entre 11 e 20h	1
	entre 21 e 30h	6
	entre 31 e 40h	7
	mais de 40h	4
POSSUI DOIS EMPREGOS	Sim	2

Fonte: elaboração própria

Formação acadêmica

A maioria das (os) participantes tem o nível de formação de especialização, (n=17) seguido por mestrado (n=5). Quanto aos campos de estudo do mestrado destaca-se o campo da saúde coletiva (n=3) e Terapia Ocupacional (n=2).

A instituição da graduação inicial em Terapia Ocupacional em sua maioria foi a UFSCar (n=6) seguida da PUC-Campinas (n=3) e USP (n=3). Quanto ao tempo de formação, a maioria das (os) participantes tem entre 11 e 20 anos de formação (n=9) e entre 21 e 30 anos (n=4).

A maioria das participantes possui formação específica em saúde mental (n=11). . Em saúde mental e Atenção Psicossocial (n=2). Quanto a cursos de aperfeiçoamento, três realizaram formação na modalidade multiprofissional em saúde mental (n=3). Na modalidade de Residência multiprofissional em saúde mental, Saúde da Família e Comunidade e Oncologia e Hematologia ambas foram iguais (n=1).

As participantes também referiram outros cursos de formações importantes para sua formação e prática clínica, abaixo a tabela 2 ilustra em detalhes:

Tabela 2. Formação acadêmica

		N
GRAU MAIS ALTO DE FORMAÇÃO	Especialização	8
	Mestrado	5
	Mestrado em andamento	2
	Doutorado em andamento	2
CAMPO DE ESTUDO DO MESTRADO	Terapia Ocupacional - Cuidado, Emancipação social e Saúde mental	2
	Mestrado em Saúde Coletiva	3
	Mestrado em Saúde Pública	1
	Mestrado em Distúrbio do Desenvolvimento	1
	Mestrado profissional em Ensino em Ciências da Saúde	1
	Mestrado em Saúde Mental	1
	Psicologia Clínica	1

CAMPOS DE ESTUDO DO DOUTORADO	Terapia Ocupacional - Cuidado, Emancipação social e Saúde mental	1
	Humanidades, Direitos e outras Legitimidades	1
INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL	Centro Universitário São Camilo	1
	IFRJ – Rio de Janeiro	1
	PUC - Campinas	3
	UFSCar - São Carlos	6
	UNESP	1
	UNIFOR - Fortaleza	2
	USP - Ribeirão Preto	1
	USP - São Paulo	2
TEMPO DE FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL	Entre 5 e 10 anos	3
	Entre 11 e 20 anos	9
	Entre 21 e 30 anos	4
	Mais de 30 anos	1
FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM SAÚDE MENTAL	Sim	11
	Não	6
ESPECIALIZAÇÃO	Especialização Clínica no MTOD	17
	Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial	1
	Pós-Graduação em Saúde Mental	1
	Especialização em Psicologia Educacional e do desenvolvimento Humano	1
	Especialização em Dependência Química	1
	Especialização em Saúde Coletiva	1
	Especialização em Saúde Pública	1
	Especialização em Suicidologia	1
APERFEIÇOAMENTO	Aperfeiçoamento Saúde Mental da criança e adolescente	1
	Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental	3
	Aperfeiçoamento em crack e outras drogas	1
RESIDÊNCIA	Residência Multiprofissional em Saúde Mental	1
	Residência em Oncologia e Hematologia	1
	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade	1
CURSOS E FORMAÇÕES	Cuidados Paliativos	1
	Curso de prevenção do suicídio	1
	Formação Bobath	1
	Formação no Sistema Rio Aberto	1
	Psicopatologia e fenomenologia	1
	Saúde da família para gestores do SUS	1

Fonte: Elaboração própria

Referenciais teóricos e metodológicos utilizados na prática profissional

A maioria das participantes afirmou utilizar o MTOD como seu principal referencial teórico e metodológico, (n=14), assim como a maioria também utiliza outras referências além do MTOD (n=12). Dentre os demais referenciais mencionados destaca-se a psicanálise, sendo o mais citado (n=4), seguido pelo referencial da Integração Sensorial de Ayres (n=3)

Tabela 3. Referenciais teóricos e metodológicos utilizados na prática profissional

		N
UTILIZA O MTOD COMO PRINCIPAL REFERENCIAL PARA PRÁTICA	Sim	14
	Não	3
UTILIZA OUTROS REFERENCIAIS PARA PRÁTICA ALÉM DO MTOD	Sim	12
	Não	5
OUTROS REFERENCIAIS E TÉCNICAS	Atenção Psicossocial/Reabilitação Psicossocial	4
	DIR Floortime Approach	1
	Fenomenologia	2
	Integração Sensorial de Ayres	3
	Psicanálise	4
	Saúde Coletiva	2

Fonte: Elaboração própria

Atuação Profissional

Nesta seção foram realizadas duas caracterizações, a primeira com o perfil das(os) participantes que atuam nos equipamentos da RAPS (n=6) e outra com as (os) participantes que atuaram (n=11)

Entre as(os) participantes que atuam em equipamentos da RAPS majoritariamente se concentram no estado de São Paulo (n=6) e a maioria atua em diferentes cidades do interior paulista (n=4) e duas na capital paulista (n=2) sendo a maioria atuante em CAPS em suas diferentes modalidades (n=4). Segue abaixo na tabela 4 os detalhes do perfil das (os) participantes.

Tabela 4. Perfil das (os) participantes que atuam em equipamentos da RAPS

		N
Participantes que atuam em equipamentos da RAPS		6
EQUIPAMENTOS E TEMPO QUE ATUAM	TEMPO DE ATUAÇÃO	
CAPS III	Menos de 5 anos	1
CAPS AD III	Menos de 5 anos	1
CAPS II	Mais de 5 anos	1
	Menos de 5 anos	1
SRT	Mais de 5 anos	1
Enf. Psiqu. Hospital geral	Mais de 5 anos	1
UBS	Mais de 5 anos	1
Já atuaram em outros equipamentos da RAPS	Sim	5
	Não	1
Estado de atuação	São Paulo	6
Cidades em que atuam	Araras	1
	Bauru	1
	Piracicaba	1
	Santana de Parnaíba	1
	São Paulo	2

Fonte: Elaboração própria

Entre as(os) participantes que atuaram em equipamentos da RAPS, estão distribuídos em quatro estados, sendo a maioria já atuado em São Paulo (n=7); Ceará (n=2) Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (n=1), em diversas cidades. Sendo a maioria atuado na capital paulista, São Paulo (n=7).

Entre os equipamentos em que atuaram também se concentram a atuação nos CAPS em suas diferentes modalidades (n=19)

Tabela 5. Perfil dos participantes que atuaram em equipamentos da RAPS

		N
Participantes que atuaram em equipamentos da RAPS		11
EQUIPAMENTOS E TEMPO QUE ATUARAM	TEMPO DE ATUAÇÃO	
CAPS	Menos de 5 anos	1
	Mais de 5 anos	1
CAPS AD	Menos de 5 anos	2
	Mais de 5 anos	1
CAPS AD II	Menos de 5 anos	2
	Mais de 5 anos	1
CAPS AD III	Menos de 5 anos	1
CAPS II	Menos de 5 anos	4
	Mais de 5 anos	3
CAPS III	Menos de 5 anos	1
	Mais de 5 anos	1
CAPS IJ	Mais de 5 anos	1
CECO	Menos de 5 anos	1
Enf. Psiqu. Em Hospital geral	Menos de 5 anos	3
Hospital Psiquiátrico	Mais de 5 anos	1
NASF	Menos de 5 anos	4
	Mais de 5 anos	1
SRT	Menos de 5 anos	1
	Mais de 5 anos	1
UBS	Menos de 5 anos	1
Estados em que atuaram	Ceará	2
	Rio de Janeiro	1
	Rio Grande do Sul	1
	São Paulo	7
Cidades em que atuaram	Araraquara	2
	Araras	1
	Barueri	1
	Bauru	1
	Caxias do Sul	1
	Campinas	1
	Diadema	1
	Fortaleza	2
	Franco da Rocha	1
	Guarulhos	2
	Itapevi	1
	Jundiaí	1
	Limeira	2
	Mogi das Cruzes	2
	Paulínia	1
	Piracicaba	1
	Rio Claro	2
	Rio de Janeiro	1
	São Paulo	7
	São Carlos	1
	Taboão da Serra	1

Fonte: Elaboração própria

Formação específica no MTOD

Quanto à formação específica no MTOD, destaca-se que a maioria das(os) participantes realizaram a formação no CETO-São Paulo, SP (n=16) e apenas um (a) participante na unidade UNIATENEU em Fortaleza-CE em parceria com o CETO (n=1).

O período da conclusão na formação clínica no MTOD concentrou a maioria dos participantes entre os anos de 2011 e 2020 (n=8) seguido entre 2001 e 2010 (n=5).

Tabela 6. Local e tempo de formação no MTOD

	Unidade	N
Local de formação	CETO- São Paulo, SP	16
	CETO/UNIATENEU- Fortaleza, CE	1
	Período	N
Tempo de formação	Entre 1999 e 2000	2
	Entre 2001 e 2010	5
	Entre 2011 e 2020	8
	Após 2020	2

Fonte: Elaboração própria

Resultados qualitativos provenientes da triangulação das respostas narrativas e das entrevistas qualitativas

Compreensões a respeito da Atenção Psicossocial

Na perspectiva das participantes, a Atenção psicossocial constitui-se de um conjunto de políticas, práticas e estratégias de cuidado com enfoque no cuidado humanizado a partir do (1) construção de vínculos, cuidado em liberdade, territoriazado e em rede; (2) a escuta qualificada e a participação social; (3) perspectiva da clínica: ampliada, crítica e política e (3) e a composição do cuidado a partir de múltiplos saberes

As participantes destacaram o acolhimento, construção de vínculos, cuidado humanizado, em liberdade, em rede e territoriazado como atividades essenciais da AP aos contextos de vida das pessoas em sofrimento psíquico:

[...] para mim fica muito forte essa questão do acolhimento, da construção, de vínculos de trabalhar no território [TO.1]

[...] para mim, o principal é esse pacto do cuidado em liberdade de procurar recursos na cidade, esse trabalho feito em rede [...] com essas pessoas cuidadas pela Rede de Atenção Psicossocial [...] onde elas vivem, no território delas e propor um cuidado que seja alinhado com quem elas são, onde elas vivem, com suas histórias [...] [TO.5]

[...] a noção de território, trabalho territorial e comunitário que significa você poder de fato, enxergar aonde o usuário transita, não é só o território geográfico, mas o território subjetivo de pertencimento desse usuário [...] quem são os atores que compõem com ele? Quem são as pessoas de referência? [TO.10]

Dois participantes destacaram suas posturas em atuar de forma ampliada aos muros institucionais do CAPS, para o domicílio e escola a partir de articulações intersetoriais, mesmo em condições adversas:

[...] então tinha esse cuidado de apesar da dificuldade, de não ficar restrito no CAPS de não focar os grupos só dentro do CAPS as atividades dentro do CAPS [...] eu fazia questão de estar nas visitas domiciliares [...] [TO.1]

[...] fazíamos atendimento com uma colega na escola, ela tentava fazer um serviço territorializado onde promovesse a saúde mental em outros espaços que não ficasse unicamente dentro do CAPS. Tínhamos muito essa proposta de levar a saúde mental para o território [TO.3]

A escuta qualificada e participação social foram destacadas por uma participante como uma marca da Atenção Psicossocial caracterizadas pelo distanciamento e/ou a superação do modelo biomédico em que valoriza a história do sujeito, a partir do próprio sujeito, salientando sua importância de promover condições para que voz dessas pessoas, tanto adultas e crianças e/ou familiares possam ser ditas, escutadas e valorizadas em diferentes níveis de participação social:

[...] alguns marcos para mim é a questão da escuta, eu não acho que isso é pouca coisa, sabe? Na Atenção Psicossocial, eu acho que a gente consegue escutar a história do usuário e perguntar sobre a história do usuário, eu acho que isso é uma marca importantíssima! [...] acho que isso a gente se separou um pouco do modelo biomédico e foi respeitando a história contada pelo usuário. Eu acho isso um ponto muito bonito

que ainda acontece. Embora, a gente seja lançada a muitas coisas, eu acho que a escuta protegida, a escuta qualificada e o interesse genuíno pela história do sujeito a gente não perdeu, seja lá em qual empurrão a gente tenha caído [...] [TO.9]

[...] os que eu defendo, os mais importantes que eu sempre grifo é a questão da participação, é algo que eu gosto de estudar e que eu principalmente mais voltada para a clínica da infância, é muito difícil tornar participativo a voz da criança, porque geralmente é colocada mais como objeto, né? A criança é sempre objeto de um adulto, o adolescente é sempre objeto, e assim por diante [...] [TO.9]

[...] os serviços de Atenção Psicossocial pensaram para trabalhar assembleias ou a construção desse espaço de cuidado, para além da equipe multidisciplinar, mas que o usuário também pudesse ter uma participação, usuários e seus familiares nessa composição do serviço [TO.10]

A perspectiva da Clínica Ampliada, crítica e política foi citada pelas terapeutas ocupacionais a partir de suas intersecções com o cuidado de forma indissociáveis à prática, no campo da Atenção Psicossocial. E nesse sentido, destacaram que o acesso a direitos fundamentais a cidadania e a desconstrução do estigma e da exclusão social as pessoas com experiências de sofrimento psíquico é um dos objetivos e compromissos éticos da Atenção Psicossocial.

[...] eu acho que esse imbricamento, esse diálogo [...] do político e o exercício de cidadania, da garantia dos direitos [...] é muito precioso no nosso processo, por um lado a gente discute muito a política pública e a cidadania, mas por outro a gente tem alguns pontos muito específicos da clínica [...] quem está na vida cotidiana de saúde mental vai ter que estabelecer um diálogo, não dá para colocar em parênteses porque numa equação o que está em parênteses, não significa que a gente vai anular da conta. Então, eu acho que é uma característica importante nossa aqui no Brasil [TO.7]

[...] a loucura sempre foi marcada e carregada por uma não produção por algo, e a exclusão de um valor social inferior. Então, quando a gente pensa numa Atenção Psicossocial e nos dispositivos é de como que a gente pode também desconstruir esse lugar de exclusão marcado por esse estigma da loucura, de uma não produção, de uma exclusão. [TO.10]

A composição do cuidado a partir de múltiplos saberes, como o do próprio sujeito, dos familiares e profissionais, foram destacadas por alguns participantes como práticas fundamentais na superação do modelo biomédico e sua descentralização do saber

médico/psiquiátrico, privilegiando as ações multidisciplinares para composição dos PTS de forma ampliada:

[...] Atenção Psicossocial é a desconstrução da lógica biomédica centrada na medicalização e na saída a partir do remédio ou da nomenclatura dos diagnósticos que são colocados [...] eu gostaria de destacar os vários saberes, como eu já disse, em relação à desconstrução do lugar da psiquiatria, daquela psiquiatria normativa e do diagnóstico que também fazia uma marca nesse lugar social da loucura, de ter também um trabalho de vários saberes de uma composição clínica onde se coloca vários saberes em jogo, inclusive os saberes desse usuário e da sua família ou da referência que esse usuário tem [...] [TO.10]

Outro ponto é que a gente, ainda, mantém uma certa certeza de que as ações precisam ser multidisciplinares [...] a gente precisa de vários esforços para a construção de um PTS, por exemplo [TO.9]

Dificuldades e Desafios no Cotidiano de Trabalho na RAPS: entre a precarização e a resistência na sustentação do cuidado

As dificuldades e desafios no cotidiano de trabalho na RAPS, referidas pelas (os) participantes, expressam a situação dos equipamentos e da própria RAPS, considerando as experiências dos participantes que atuam e/ou atuaram em diferentes regiões do Brasil, a saber: sudoeste (a maioria), sul e nordeste, destacando que: (1) contradições da RPB na constituição da Atenção Psicossocial; (2) deficiência e/ou ausência de políticas públicas e a precariedades da RAPS; (3) precarização e enfraquecimento do movimento dos trabalhadores e participação dos serviços; (4) gestão e a lógica capitalista de produção de saúde; (5) composição de espaços coletivos e relação interprofissional; (6) articulações e ações com a rede intersetorial e apoio matricial; (6)

As Dificuldades e Desafios no trabalho cotidiano da RAPS foi problematizado por uma participante em que destacou os atravessamentos contraditórios à proposta da Atenção Psicossocial, no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileiro assim como seu impacto/influência nas práticas em saúde mental, com destaque a eugenia das práticas, o racismo e o estigma, a partir da herança que ainda afeta à construção das políticas públicas e em alguma medida nas práticas contemporâneas. Destacou ainda uma importante dificuldade em ressignificar e/ou superar a herança institucional na saúde mental além dos equipamentos e dispositivos de saúde mental, como um dos principais desafios da Atenção Psicossocial:

[...] acho que tem um atravessamento importante e significativo da eugenia, na construção das práticas em saúde mental das próprias políticas públicas antes de 1988. É inegável hoje, é impossível para nós, na academia, discutir saúde mental, Atenção Psicossocial, sem falar da eugenia, sem falar de racismo científico, sem falar dessa herança, escravocrata, mesmo na saúde mental [...] a gente tem como herança e não consegue ressignificar isso, acho que o tempo toda essa institucionalização vai se atualizando. Seja a gente olhando para as pessoas que continuam nos manicômios, seja para a população carcerária ou para a política antidrogas [TO.7]

[...] o fato de a gente estar em um serviço de base comunitária, a porta aberta não necessariamente significa que nós, como equipe, não estaremos repetindo, reproduzindo uma lógica manicomial [...] é um desafio o fato de estar em um serviço de porta aberta, isso não quer dizer que a gente não vai estar fazendo um mini manicômio no território [...] a rotina institucional muitas vezes se sobrepõe as inúmeras possibilidades de composição de tessitura de cotidianos significativos [TO.7]

Uma participante fez uma problematização propositiva, quanto aos processos de ampliação de cotidiano na AP, destacando uma contradição entre os pressupostos da RAPS e os limites institucionais a partir do cotidiano e suas interfaces com as singularidades dos sujeitos e dos profissionais:

[...] eu acho que a RAPS já tem essa proposta, que deveria ser de uma ampliação daquilo que o sujeito experimenta em vez de estar trancado. Ele deveria experimentar uma vida dentro do seu território com ações de cuidado que pudessem ser construídas também por ele, na sua comunidade, além do serviço de saúde. O que a gente tem experimentado hoje é que o serviço de saúde mental vem se tomando o único lugar possível de existência de quem tem transtorno mental, por exemplo. Então, isso já é um marco importante! O cotidiano da pessoa vira ela sair de casa e conseguir acessar o serviço da saúde ou da saúde mental, o que já é bastante triste com relação ao cotidiano [...] eu acho que a gente precisa estudar mais o que significa o cotidiano [...] o cotidiano que a gente acredita ser mais um cotidiano burguês, não é o cotidiano do sujeito que a gente atende. E às vezes, é difícil a gente conseguir escutar o que é o cotidiano descrito pela outra pessoa que às vezes, não bate com a nossa moral, é difícil isso na saúde mental. [...] [TO.9]

Em consonância a participante anterior, dois participantes destacaram que a dimensão sociocultural do adoecimento mental, compreendido pela sociedade, ainda possui estruturas estigmatizantes e excludentes, sobretudo quanto uso prejudicial de álcool e outras drogas, e a ênfase em uma compreensão moralista:

[...] eu acho que a Atenção Psicossocial num geral [...] a parte mais sociocultural de como a sociedade ainda vê a questão do adoecimento do transtorno mental do usuário de um serviço de saúde mental para sociedade é uma das coisas que a gente pouco caminhou [TO.4]

[...] temática do uso de substâncias, ainda é muito difícil as pessoas ainda têm um preconceito mesmo de não enxergar isso como uma doença ou um transtorno [...] “*é mau-caráter, é folgado!*” Então, ainda estamos bem longe [TO.8]

Quanto a deficiência e/ou ausência de políticas públicas e a precariedades da RAPS, dois(duas) participantes destacaram a existência de Hospitais Psiquiátricos que ainda funcionam em suas cidades, salientando que mesmo com a RPB e da política de humanização, ainda funcionam a partir da lógica manicomial. A existência de ambulatórios associadas a falta de serviços substitutivos, como Centro de Convivências, Cooperativas de trabalho e principalmente CAPS tipo III, caracterizados por funcionamento 24hs e acolhimento noturno, foi destacado como inexistentes, ou até mesmo “promessas” vazias. Nesse sentido, destacaram a falta de serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátricos para articulação de cuidado de situações de crises:

[...] Hospitais Psiquiátricos aqui no estado, ainda tem uma quantidade considerável. Só na minha cidade tem ao menos três hospitais psiquiátricos que consigo lembrar [...] foi mudando para hospital dia [...] mas toda aquela estrutura de hospital psiquiátrico está lá ainda [...] [TO.1]

[...] aqui na minha cidade não tem [...] existe uma discussão há muitos anos desse CAPS que eu trabalho [...] dele virar um CAPS III, isso é uma discussão há muitos anos, mas isso não aconteceu ainda, nem sei se isso vai acontecer [...] existe uma articulação de rede que é muito ruim, então tem muitos pacientes, às vezes a gente avalia que precisaria de uma internação de curto prazo, o trâmite aqui é encaminhar para UPA, para que a UPA faça isso. E muitas vezes a UPA não faz [...], mas interna pacientes nossos e nós nem sabemos [...] [TO.2]

Três participantes, mobilizadas pela situação da “RAPS” de seu território a partir de seu trabalho cotidiano denunciaram as precariedades das políticas públicas e seus impactos para efetivação da Atenção Psicossocial:

[...] a gente tem uma lógica, ainda muito manicomial, essa lógica de que os hospitais psiquiátricos se humanizaram, eu convivi com o Carrano, o autor, do filme Bicho de Sete Cabeças, foi sobre a vida dele, eu convivi com o Carrano, nos movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os Hospitais Psiquiátricos, só mudaram os azulejos [...] não temos “Rede de Atenção Psicossocial” não temos! [...] você quer fazer alguma

coisa e não tem para onde caminhar. [...] não tem cooperativa de trabalho, não tem Centro de Convivência, aliás, nunca existiu aqui [...] a lógica mesmo é o CAPS e alguns CAPS fazem até um trabalho legal de base comunitária vão no território, mas é algo que depende da gestão [...] a Atenção Básica não recebe pacientes com transtornos mentais [...] os CAPS não funcionam 24hs, nós nem temos, aqui CAPS 24h! Então se o paciente está em crise, ele vai para uma emergência do Hospital Psiquiátrico e por lá fica [...] é muito difícil o Hospital Geral aceitar, muito difícil! E quando eles aceitam é por pouco tempo [...] o nosso CAPS não é 24h, era uma coisa que a gente queria muito [...] então, aquilo que a gente preconiza como ideal, seguindo os princípios do SUS, hoje, não existe... não existe! [TO.3]

[...] nós não temos a equipe completa [...] aqui o CAPS Infantil, vive fechado porque não tem profissional, eu vejo que a ausência de profissionais é a ausência de políticas e recursos humanos, não fazem concurso, só fazem seleção, fica uma equipe sucateada [...] e infelizmente aquele plano ideológico da desospitalização com lei do Paulo Delgado, é uma maravilha no papel, mas quem está lá na ponta trabalhando, sabe que é terrível! [TO.3]

[...] o CAPS II é o único CAPS da cidade, a RAPS aqui da cidade, ela é bem pequena. Na verdade, a gente tem o CAPS II, que acaba sendo um serviço de maior complexidade porque depois vai ter um ambulatório de saúde mental que ainda existe e um CAPS IJ e um CAPS AD [...] tem os SRTs que também, que ficam sob a responsabilidade desse CAPS II [...] temos alguns pontos da atenção básica, como um trabalho mais próximo da saúde mental, mas é basicamente isso a rede [TO.4]

A falta de recursos humanos foi expressa pelas(os) participantes como consequência do subfinanciamento e má gestão e planejamento dos serviços, que sucateiam e precarizam as equipes e os equipamentos. E desta forma, prejudicam, limitam e até mesmo impossibilitam ações de cuidado.

[...] equipe estava reduzida, executar essas ações no território significava ter menos profissional disponível para atender usuários em grupos, para atender usuários em acolhimento [...] [TO.1].

[...] uma dificuldade muito importante que a gente tinha era ao nível de recursos humanos que também era muito escasso, o trabalho precisava ser feito em equipe, às vezes não tinha equipe, isso limitava muito a nossa prática, porque tinha coisas que a gente poderia contribuir mais no acompanhamento dos casos e até para o funcionamento do serviço, mas que isso ficava limitado porque você não tinha com quem contar para fazer outras coisas [...] [TO.5]

Em consonância a falta de profissionais, como recursos humanos, duas participantes referiram em específico a falta de TOs nos serviços. Uma delas, problematizou a falta de TOs,

destacando e provocando questionamentos de quais seriam as possíveis causas desse fenômeno, dado a reconhecida e relevante contribuição desse profissional dos equipamentos da RAPS:

[...] uma coisa que eu me pergunto muito, [...] quanto a nossa profissão e o quanto ela pode contribuir, sempre fica um paradoxo [...] que para mim não encaixa, se a gente faz um negócio tão bem feito, se a nossa profissão pode contribuir, tanto eu sei que pode, na prática, e teoricamente, por que somos tão poucos ainda na Atenção Psicossocial? Por que se a gente vê os CAPS [...] mesmo das regiões que são modelo [...] que são CAPS que galera ganha prêmio e a rede é bem estruturada [...] terapeutas ocupacionais tem uma proporção tão reduzida dentro do serviço, então, eu sempre fico pensando o que nós estamos fazendo na prática ou mesmo na produção de conhecimento no meio acadêmico que de alguma forma, a gente não esteja fazendo as outras pessoas verem o quanto as nossas ações são importantes e impactantes? Por que numericamente nós estamos sempre reduzidos ali? Então, o que está faltando? Onde estamos se perdendo que a gente não está conseguindo fazer com que as pessoas da gestão, da promoção do trabalho, lá em cima entendam a necessidade de se ter mais terapeutas ocupacionais nos serviços? [...] na equipe que eu estou, eu vivo solicitando [...] mais terapeutas ocupacionais e não vem! [TO.4]

[...] no caso, eu era a única TO do CAPS, enquanto eu estive lá, eu fui a única TO [TO.5]

A falta de recursos materiais foi citada por três participantes como dificuldades que limitam em partes, assistência. Um (a) dos participantes destacou a diferença entre o fornecimento de materiais entre serviços da administração pública direta e os administrados por terceirizadas:

[...] a gente precisa lidar com o material [...] no CAPS tinha essa vantagem que a prefeitura disponibilizava material, a gente pedia e disponibilizava com maior facilidade, já na UBS a gente não tinha isso não [TO.1]

Um (a) participante referiu ainda ter usado seus próprios recursos para o custeio de insumos de trabalho, evidenciando os impactos do subfinanciamento dos serviços, também aos trabalhadores:

[...] várias vezes, cheguei a comprar material com meu dinheiro porque a verba pública a gente sabe que é difícil [TO.8]

Outra participante destacou a falta de materiais em diversos níveis, sobretudo insumos básicos e o quanto essa dificuldade a convocasse uma prática “radicalmente inventiva”:

[...] então, a gente lidava com muita escassez ao nível de material assim, não tinham super recursos materiais no CAPS para trabalhar [...] as dificuldades que eu tinha eram dificuldades de recurso mesmo, às vezes não tinha coisas básicas, era tudo muito escasso. **Então eu tinha que ter uma prática radicalmente inventiva**, porque não tinha muito material ali [...] se você olha e vê um monte de material que você pode usar é uma coisa, agora quando você olha, não tem nada. Tem que inventar mesmo, criar! [TO.5, *grifo nosso*]

Vários (as) participantes teceram críticas articuladas a constituição das políticas públicas e dos governos como um projeto de contrarreforma associado a RPB que impactaram e/ainda impactam diretamente as condições e as possibilidades de trabalho, assim como a própria efetividade da RAPS ressaltando o subfinanciamento como o maior problema, dificuldade e desafio! Não o modelo:

[...] eu acho que a gente fica pegando fôlego e voltando, é algo que não está pronto. Eu acho, que esse mandato que a gente tem de fazer Atenção Psicossocial é algo que já não é uma coisa muito fácil e se a gente for olhar ao nível de micropolítica, já é algo a ser construído ali no micro, mas que o tempo inteiro a gente está tomando muita porrada da macropolítica e estamos precisando tomar um fôlego para se refazer, para sustentar alguma coisa! O tempo inteiro, a coisa que a gente constrói está ameaçada de ser desconstruída [TO.5]

[...] eu acho que a missão foi dada, a gente começou a caminhar, mas faltam pernas, faltam muitas pernas ainda, para que se efetive muita coisa que se pensa da Atenção Psicossocial [...] [TO.4]

[...] a gente sabe que os CAPS que existem [...] estão aquém do que deveriam ser, não por uma falta de conhecimento dos pressupostos, ou por uma falta de entendimento do que deveria ser desse serviço, mas por falta de recurso mesmo, recurso material, recursos humanos, que impossibilita todas as articulações da Atenção Psicossocial [...] [TO.4]

[...] era insuficiente, porque a gente não conseguia estar efetivamente no território fazendo outras estratégias de redução de danos, como oferecendo insumos e até sensibilizando a respeito de algumas estratégias para reduzir os danos [TO.1]

Em relação à precarização das relações e processos de trabalho, três participantes destacaram o regime de contratação em caráter temporário e terceirizado associado e os baixos salários como aspectos relevantes, a precarização da relação de trabalho e consequente dificuldade para atuação:

[...] aqui na prefeitura do município infelizmente acontece muito essa questão de contratos temporários, principalmente para equipamentos da prefeitura, então os CAPS e UBS e alguns hospitais também [...] no trabalho, tinha muita ruptura de contrato porque era temporário [...] [TO.1]

[...] tem um agravante maior agora no nosso município que está tendo a terceirização dos serviços [...] [TO.4]

[...] dificuldades? Sim! O primeiro desafio que enfrentamos é que existem lugares que pagam bem e outros que não pagam tanto, tem uma questão salarial aí importante [TO.5]

Outra participante, destacou o enfraquecimento do movimento dos trabalhadores e da própria participação social nos serviços de saúde mental associadas a fragilidades dos conselhos locais e nacional. Salientou que os trabalhadores, além de estarem submetidos a uma lógica opressora, tem poucos e/ou nenhum espaço para discutir políticas públicas e não são escutados pela gestão, gerando reverberações negativas a estrutura institucional e consequentemente na assistência, desta forma afirmou seu pensionamento ético-político de defesa aos direitos do trabalhador:

[...] a participação social, ela basicamente não existe dentro dos serviços, a gente tem poucos conselhos locais, agora essa marca das conferências [...] a conferência nacional já foi adiada, que é a mais participativa [...] eu acho que a gente está em momento absolutamente frágil, onde a gente vai ter fome, o aumento da fome no país, isso é enlouquecedor, a gente tem o aumento da violência e todas as suas formas de ação, tem um “boom” no sofrimento psíquico e não temos lugar para discutir política de Atenção Psicossocial [...] nem na especialidade que as pessoas estão cada vez mais encapsuladas [...] eu tenho é uma defesa do direito do trabalhador, sempre participei desses coletivos os trabalhadores têm mais dificuldade para dizer sobre o que pensam, sob ameaça de demissão ou transferências [TO.9]

Nesse contexto, três participantes apresentaram os impactos residuais das desastrosas administrações federais dos governos Temer e Bolsonaro, nomeadas e agrupadas pelo pesquisador como “sequelas de governos golpistas e fascistas”. Uma participante teceu uma crítica contundente, denunciando o estado atual da RAPS, dos crimes e da engenhosa estratégia de precarização e enfraquecimento do movimento das(os) trabalhadoras de saúde mental utilizada por eles, seguida pela trágica e consequente tragédia de retrocessos e silenciamentos.

[...] está caótica [...] estamos perdendo o SUS! [...] a luta e a reforma elas vieram de movimentos sociais, a gente teve seis anos aí de administração federal vergonhosa, criminosa e aí parte das coisas muito violentas que esse último governo produziu foi acabar com a potência dos movimentos sociais! Então a gente tem [...] quase que é uma mania de dizer, que a gente deve ser patrão de si, que é uma grande bobagem neoliberal! E isso enfraqueceu muito os movimentos sociais no geral, mas os voltados à saúde, eu acho que a gente tem um problema grave com isso agora porque se os trabalhadores, não tem lugar de fala para sustentação e criação de avaliação das políticas na qual estão inseridos, quicá os usuários! [...] [TO.9]

[...] pensando na assistência técnica propriamente, eu acho que a gente teve aí nos últimos anos uma redução de recursos que impactou muito na condução do trabalho desses serviços que vieram para cumprir a missão da Atenção Psicossocial [...] [TO.4]

[...] acho que as questões políticas nos últimos anos atravessaram muito assim, a saúde mental de um jeito muito forte [...] acho que isso também foi ruim [TO.2]

Uma participante destacou os impactos da precarização da RAPS e os processos de adoecimento dos trabalhadores:

[...] embora eu esteja a bastante tempo na saúde mental, é nítido ver o cansaço das pessoas e essa indisposição em querer fazer coisas diferentes, porque muito já se tentou e nada deu certo, então é um processo desgastante [TO.2]

A gestão e a lógica de produção capitalista foram referidas por duas participantes, como condicionante de produção de “cuidado” atrelada a cobranças alienadas de indicadores específicos de produção, na contramão das necessidades dos sujeitos e dos equipamentos, como dificultadores.

[...] nem toda equipe tinha reunião, a gente brigava para ter esse horário disponível, porque a gestão pressionava, a gente também! Não, para ter a reunião e sim para não ter! A gestão pressionava para ter atendimento toda hora, quando a gente parava o turno para ter reunião de equipe, era um turno sem consulta médica! Ainda mantínhamos o acolhimento durante a reunião de equipe, e ficava um profissional disponível, para caso surgisse alguma demanda de acolhimento [...] isso incomodava a gestão superior quanto aos dados de atendimento, isso gerava um certo desconforto. Mas a gente batia o pé para manter essa reunião porque considerava que era importante para alinhar o trabalho para alinhar demandas que surgiam [TO.1]

[...] a gente passou por um período aqui [...] que era muito clara essa cobrança de produtividade [...] as pessoas que entram agora elas ficam mais condicionadas a essa cobrança produtiva [...] a gente sabe da dificuldade que é para você sair de um serviço e fazer uma atividade externa de uma hora [...] é difícil justificar isso às vezes para a gestão com essa cobrança de produtividade, isso é uma coisa que dificulta muito o nosso trabalho [TO.4]

A falta de escuta da gestão das demandas e necessidades dos trabalhadores, foi destacada por uma participante como um aspecto de incompetência que além da precarização da relação do trabalhador e dos processos de trabalho, gera reverberações negativas para a própria instituição e conseqüentemente para a assistência.

[...] uma das faltas de competência é achar que não precisa ouvir o trabalhador, isso para mim é um tiro no pé! [TO.9]

A composição de espaços coletivos e relação interprofissional, foi citada por um (os) participante como desafio para composição ampliada do cuidado com o núcleo médico, sobretudo na sua equipe em que atuam a partir de uma estrutura médico centrada, enfatizando a contradição da não participação dos profissionais médicos na composição coletiva dos cuidados, como reunião de equipe e o distanciamento na relação com outros profissionais:

[...] estávamos discutindo hoje isso em reunião de equipe aqui na minha cidade, as coisas são bem médicas centradas e os médicos não participam de reunião, eles não estão presentes nesses espaços de construção, muito pouca gente troca com o médico [...] [TO.2]

Em consonância com a participante anterior, outra(o) participante destacou outro desafio em superar lógica hospitalocêntrica pautada na urgência e emergência, enfatizando o olhar para os detalhes do dia-a-dia, muitas vezes considerados pormenores no cuidado:

[...] voltando a outra pergunta do desafio, como que no campo da Atenção Psicossocial, a gente também sai dessa lógica da urgência e emergência, que é tão própria do ambiente hospitalocêntrico do hospital. Então a gente só acolhe aquele caso quando está na crise? A gente só cuida da emergência, mas as artesanias do dia -a-dia que estão ali na frente da equipe? [...] [TO.7]

As articulações no território e ações com a rede intersetorial foram destacadas como ações potentes e vitais para a realização do trabalho na Atenção Psicossocial. Entretanto, foram apresentadas dificuldades importantes para sua realização a partir da falta de recursos e dificuldades de diálogo com a rede.

[...] tínhamos uma dificuldade para estar alinhado na Perspectiva Psicossocial, tínhamos o desejo, mas tínhamos dificuldade de executar atividades no território [...] [TO.1]

[...] por mais que a gente queira olhar para essa questão comunitária de estar no território [...] é muito difícil por questão de verba e de investimento [...] embora a gente se esforce [...] [TO.2]

A uma participante chamou atenção para falta de diálogo dos profissionais e equipamentos da RAPS em relação ao SUAS e a Educação, evidenciando o desafio de superamos e/ou encontrar uma forma de dialogar e articular ações para avançar no cuidado em rede:

[...] essa coisa de ser intersetorial acho que ainda é muito potente, mas acho que a gente está bastante fragilizada nisso [...] então a atenção básica se desentende com atenção especializada, que se desentende com universidade e a gente vai entrando num grande jogo [...] [TO.9]

Em que os equipamentos e dispositivos da RAPS acabam cindindo com a rede da assistência social e da educação:

[...] nunca tivemos um bom diálogo com SUAS, por exemplo, porque a gente não consegue sentar e se ouvir o que o SUAS tem a dizer, ou a educação tem a dizer e acho que a gente precisa avançar nesse sentido [TO.9]

Em consonância a articulação de rede, o apoio matricial em saúde mental, também foi apresentado enquanto dificuldade de desafio. Três participantes destacaram aspectos de indisponibilidade dos profissionais, problemas logísticos-institucionais, falta de recursos humanos e deficiência técnica dos profissionais da UBS para compor o cuidado. Evidenciando a falta de planejamento estratégico e, portanto, impossibilitando e prejudicando qualitativamente o apoio matricial:

[...] matriciamento é uma coisa que acontece mais ou menos, a gente está tentando [...] acredito que dentro de todas as dificuldades que temos no SUS acho que a gente faz o que é possível com aquilo que a gente tem [TO.2]

[...] era difícil, fazer matriciamento nas UBS a gente não conseguia, estar no matriciamento de todas as UBS da regional [...] porque eram mais de trinta UBS de saúde na regional e bairros muito distantes [...] tínhamos essa dificuldade de fazer o matriciamento e fazer atividade no território preconizados pela Atenção Psicossocial, pela quantidade de profissionais disponíveis [...] [TO.1]

[...] Atenção Básica não atende, não tem, habilidade! O matriciamento pouco ocorre em alguns lugares. Nós não temos equipe, nós não temos insumos ao não ser medicação! [...] [TO.3]

Terapia Ocupacional na Atenção Psicossocial

A partir das questões de pesquisa, as participantes foram convidadas a refletir sobre as contribuições da Terapia Ocupacional na RAPS de forma geral, a princípio sem relação direta do referencial do MTOD. Entretanto, embora fosse focalizado essa perspectiva mais geral “sem relação direta” do referencial do MTOD, foi possível identificar a utilização de conceitos e termos integrantes ao MTOD para descrever seus pontos de vista, evidenciando a integração teórica e prática prática na identidade profissional das participantes, tema que será descrito com maior profundidade em diálogos entre MTOD e a AP.

A escolha metodológica em apresentar o tema Terapia Ocupacional na Atenção Psicossocial justifica-se em apresentar tal relação a partir das experiências de terapeutas ocupacionais que atuam e/ou atuaram na RAPS a fim de explorar os fenômenos dessa relação, conforme os objetivos desta pesquisa.

A seguir, será apresentado os resultados qualitativos sobre as compreensões da Terapia Ocupacional na Atenção Psicossocial. Para tanto, serão apresentados os seguintes subtemas (1) Contribuições da Terapia Ocupacional na RAPS – O DNA da Terapia Ocupacional na Atenção Psicossocial; (2) Dificuldades e desafios específicos da Terapia Ocupacional na RAPS – Iatrogenia? Núcleo e campo? Que fenômeno é esse?

Contribuições da Terapia Ocupacional na RAPS: O DNA da Terapia Ocupacional na Atenção Psicossocial

Três participantes destacaram a importância de terapeutas ocupacionais na composição da RPB a partir de suas trajetórias marcadas pela atuação em equipamentos historicamente inovadores assim como atores que tiveram papéis importantes para o processo da RPB e da constituição da AP no contexto nacional.

[...] atuei antes de chamar RAPS e após chamar RAPS [...] fui para um serviço que é o CAPS Itapeva (Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira) que era o primeiro CAPS aqui do Brasil [TO.7]

[...] eu convivi com o Carrano nos movimentos RPB [...] [TO.3]

[...] comecei a trabalhar como terapeuta profissional no Juqueri e foi lá que comecei a formação no MTOD, eu trabalhava no Juqueri ainda e aí passei por outro hospital psiquiátrico que foi o Tibiricá [...] depois por um serviço de Internação e cuidado ambulatorial para usuários de substâncias psicoativas chamado NADEC onde é a sede do Cândido Ferreira [TO.9]

Nesse sentido, uma participante destacou o papel histórico da Terapia Ocupacional como uma profissão protagonista na RPB e “construtora” de políticas públicas antimanicomiais como SUS e SUAS.

[...] a TO está no bojo dessa efervescência, ajudando os trabalhadores de saúde, ajudando, nesse momento histórico [...] a criar novas práticas, olhar para esses sujeitos alvo dessas políticas institucionalizantes como sujeito de direitos, como cidadãos de direitos [...] a TO teve uma participação fundamental [...] hoje eu vou entendendo que

a TO é uma construtora do SUS e do SUAS [...] **eu vejo a TO como uma das profissões protagonistas nesse processo** [TO.7, *grifo nosso*]

Uma participante destacou a similaridade entre os objetivos da Terapia Ocupacional e os pressupostos Atenção Psicossocial em relação às demais profissões, com enfoque para a perspectiva do cotidiano, território, inclusão e promoção de saúde da população atendida.

[...] a terapia ocupacional é uma das profissões que mais se afunilam com os objetivos da Atenção Psicossocial, a nossa profissão tem uma questão que é de visualizar o cotidiano, de pensar sempre na exploração do território, o que está nos nossos pressupostos da profissão de entender esse sujeito alvo que é esse usuário de saúde mental que sempre está excluído está sempre à margem. Os nossos pressupostos de promoção de saúde, eles vão muito ao encontro dos pressupostos da Atenção Psicossocial, de promoção de saúde, de inclusão social, então, eu acho que a gente caminha junto [...] eu acredito que a nossa profissão contribua muito para o desenvolvimento da Atenção Psicossocial e das ações que são pretendidas nesse contexto porque nós temos a nossa forma de fazer as coisas e os objetivos são comuns, são muito parecidos. Então, eu acho que a gente tende a agregar muito nas ações da Atenção Psicossocial, sempre em todos os serviços [TO.4]

Quanto às contribuições específicas da Terapia Ocupacional na Atenção Psicossocial, três participantes referiram contribuições a partir do enfoque para perspectiva do cotidiano, destacando sua dimensão prática e crítica associada ao social e ao território, sobretudo a partir da singularidade e autonomia do sujeito.

[...] a gente vê na prática, enquanto os terapeutas ocupacionais que atuamos, o quanto a nossa participação se faz efetiva nas ações, o quanto a profissão ela sempre vai ter esse olhar do território da articulação, da ação, da promoção de saúde, que foge um pouco daquele pressuposto antigo, psiquiátrico de adocimento [...] [TO.4]

[...] eu acho que tinha uma contribuição que era mais da nossa prática, algo do fazer mesmo, essa coisa mais pragmática de que nos ajuda enquanto T.O [...] eu acho que isso me ajudava a ter recursos para lidar com algumas situações [...] o nosso olhar para o cotidiano é muito mais atento, então a gente consegue tirar de fato recursos de coisas que talvez pudessem passar batido [...] de realmente encontrar esses recursos.[...] de procurar recursos no território, procurar recurso na cidade eu acho que enquanto TO a gente faz isso muito tranquilamente, tanto num contexto de atenção à crise [...] a gente consegue ter esse olhar para o que tem de recurso, para o que tem de recurso naquela relação para poder cuidar das situações que se estabelecem. [...] as pessoas que frequentam o CAPS geralmente são pessoas muito vulneráveis, com pouca rede, pouco suporte familiar [...] a gente tem recurso para trabalhar para expandir essas redes, ampliar essas possibilidades [TO.5]

[...] acho que o TO tem uma importância quando a gente pensa no indivíduo que atendemos [...] voltado para a rotina dele, para o dia-a-dia vida [...] eu vejo que a TO é uma profissão que olha para a prática, acho que muito da ação, do fazer [...] que olha para autonomia do quanto que o sujeito é capaz [...] para o cotidiano [TO.6]

Duas participantes, destacaram contribuições específicas a partir desse enfoque ao cotidiano de pessoas que fazem uso abusivo e/ou problemático de SPA.

[...] compreender o cotidiano e como essa pessoa compreende, qual a função que a substância tem vida dessas pessoas [...] no cotidiano desses sujeitos, a relação que estabeleciam com a droga e as atividades que estavam compondo seus cotidianos [...] conhecer quais atividades que eles tinham deixado de fazer por conta do uso da SPA e as atividades que eles têm o interesse em resgatar ou de aprender a fazer [...] [TO.1].

[...] a TO é extremamente importante, principalmente no CAPS AD, que o uso de substância quebra completamente as ocupações e os papéis dessa pessoa, que antes [...] trabalhava, era pai, mãe de família, que era filho e tinha vários papéis que eram significativos que acabaram se afastando [...] por conta da substância deixou de trabalhar, de cuidar da casa, de cuidar de si, e foi deixando várias atividades e ocupações de lado, [...] eu acho que é extremamente importante o Terapeuta Ocupacional nesses equipamentos para esse resgate, para descobrir outras coisas que a pessoa não tinha noção, de que ela era capaz de fazer ou de que ela gostaria de experimentar outras coisas [TO.8]

Outra participante enfatizou a contribuição e a expertise da Terapia Ocupacional em operar a partir das estratégias de reabilitação psicossocial:

[...] o direito à moradia, direito a lazer, cultura e esporte, eu acho que elas ficam muito com a terapia ocupacional, ainda por essa luta por uma ampliação da experiência vivida do sujeito. Mas esse é um ponto que eu acho que ainda nos cerca! Então, é algo que eu acredito que a gente não vá deixar de fazer, mesmo que a gente se tome grandes ambulatorios ou CAPS mais encapsulados, são duas coisas que eu defendo muito e acho que a gente vai conseguir sustentar para sempre [...] [TO.9].

Duas participantes referiram contribuições da TO com a equipe, destacando a característica de articular a equipe para as discussões de caso, bem como no manejo do cuidado. Uma participante salientou a credibilidade e/ou relevância da profissão na composição coma equipe.

[...] então eu vejo Terapia Ocupacional muito numa articulação de articular, equipe, discussões dos casos, do cuidado, do manejo [...] [TO.6]

[...] eu acredito que a nossa profissão tem uma voz que é escutada, participamos das decisões de forma significativa a gente contribui com a com as discussões de casos, com a assistência e com as articulações [...] [TO.5]

Duas participantes referiram que terapeutas ocupacionais podem contribuir para a função de gestão de maneira diferenciada. Sobretudo, enfatizando o olhar ampliado para o sujeito como uma característica do núcleo.

[...] agora eu estou num lugar mais de gestão e fico pensando o quanto [...] contribui muito, acho que para o olhar do terapeuta ocupacional e também enquanto gestor [...] [TO.6]

[...] outro ponto [...] é que nós somos melhores na gestão do cuidado [...] a gente tem uma capacidade de gestão do cuidado que eu acho que é maior, porque a gente está com olhar muito ampliado [...] a gente está sempre muito disponível a olhar para o sujeito de uma forma mais ampliada [TO.9]

Dificuldades e desafios específicos da TO na RAPS: Iatrogenia? Núcleo e campo? Que fenômeno é esse?

No contexto de atuação profissional, duas profissionais referiram dificuldades relacionadas à prática em terapia ocupacional associado a falta de conhecimento das demais categorias sobre as competências da Terapia Ocupacional:

[...] acho que as pessoas não entendem muito o que a Terapia Ocupacional faz [TO.2]

[...] embora, a gente saiba da nossa importância, a gente tem que ficar provando o tempo inteiro! Porque é muita gente que ainda não sabe o que a T.O faz, tem que ficar explicando [...] [TO.8]

Em consonância as dificuldades da prática nesse contexto, uma participante destacou o grande desafio se encontra internamente a profissão, em como nos relacionamos com as

diferentes perspectivas de outras(os) terapeutas ocupacionais tanto no nível acadêmico como no assistencial, salientando a relação de poder entre narrativas hegemônicas e subterrâneas e dificuldades para reconhecer a potência da pluralidade de perspectivas da profissão:

[...] posso está cometendo um equívoco, mas me parece que o desafio é mais nosso como terapeutas ocupacionais do que do campo! Acho que diferenças vão existir e é saudável, se não houver diferença, não tem um diálogo [...] é curioso que a diferença é o que a gente mais afirma na profissão, a valorização da diferença [...], mas acho que entre nós, na saúde mental tenho essa sensação às vezes que isso pode ser um desafio maior para nós de conseguir potencializar essa pluralidade de vozes, de narrativas, de perspectivas teóricas acho que isso ainda é um desafio acadêmico [...] acho que o desafio maior é a gente conseguir se superar, porque quando a gente fala em narrativa subterrânea, a gente tem que falar necessariamente em narrativa hegemônica e na saúde mental, a gente tem alguns grupos hegemônicos que publicam mais, que pesquisam mais, mas que de alguma forma vão silenciando outras vozes, outras perspectivas. Então, eu vejo isso como um desafio maior do que de fato do campo [TO.7, grifo nosso]

Diálogos entre o MTOD e Atenção Psicossocial

Esse tema reúne os resultados nucleares desta pesquisa em resposta aos objetivos e as perguntas norteadoras desenvolvidas no projeto. Nesse sentido, destaca-se a utilização do raciocínio abduutivo no processo de análise dos dados, sobretudo na identificação e organização dos temas. A partir de interlocuções teóricas, conceituais e paradigmáticas as participantes teceram diálogos epistemológicos e práticos entre o Método Terapia Ocupacional Dinâmica e Atenção Psicossocial destacando suas principais similaridades e intersecções com a prática cotidiana nos equipamentos da RAPS.

O tema MTOD e Atenção Psicossocial foi sistematizado para apresentar os resultados divididos em: (1) Uma dupla dinâmica: diálogos epistemológicos e paradigmáticos entre atenção psicossocial e o MTOD; (2) Contribuições específicas do MTOD para operacionalização do cuidado a partir do Raciocínio do Clínico do MTOD – “*Know-how*”; (3) Dificuldades e/ou desafios do MTOD na RAPS – Intersecções ampliadas com o campo

Uma dupla Dinâmica: diálogos epistemológicos e paradigmáticos entre Atenção Psicossocial e MTOD

A participante [TO.7] destacou-se que os temas explorados previamente evidenciam a existência de diálogos entre o MTOD e AP com ênfase em suas potências, que foram afirmadas e justificadas pela participante ao longo da entrevista. Nesse sentido, vale destacar que essas afirmações provocaram e afetaram o pesquisador a indagar de forma particular: - por que você acha que existem esses diálogos, entre o MTOD e a Atenção Psicossocial?

[...] porque TOs muito importantes que são construtoras do MTOD foram também protagonistas [...] esse grupo do CETO nos anos 1970 coexistiu com a Reforma Sanitária e com a Reforma Psiquiátrica e as TOs da saúde mental [...] muitas passavam pelo CETO. Então, foi é como um centro irradiador [...] tem um marco historiográfico do papel do CETO, naquele primeiro momento quando as sementes estavam sendo lançadas muito se discutiu ali no CETO com a Jô, com a Sônia [...] eu tive o prazer e o privilégio de ter trabalhado [...] no serviço em que a Ceccato, a Gabi Cruz de Moraes trabalharam [...] [TO.7]

A participante [TO.7] justificou sua perspectiva, enfatizando a origem do MTOD à trajetória e contribuição de sua fundadora, Jô Benetton, como uma das protagonistas da RPB na/para a constituição da Atenção Psicossocial, salientando seu importante papel na Terapia Ocupacional em saúde mental a partir do CETO, que historicamente ocupou e ocupa relevante papel na formação de terapeutas ocupacionais atuantes da saúde mental e Atenção Psicossocial:

Complementando, várias participantes destacaram os diálogos entre o MTOD e AP junto ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, considerando suas origens e finalidades:

[...] a resposta é sim, porque eu acho, que a terapia ocupacional, o **MTOD se organizou para isso, é possível dizer da Atenção Psicossocial através do MTOD!** [TO.9, *gripo nosso*]

[...] eu acho que dialoga muito, tanto que eu sempre penso nisso [...]tem muito diálogo [...] é algo que contribui um com outro [TO.5]

[...] são elaborações e pensamentos, conceituações que [...] outras pessoas foram pesquisar e aprofundar, formalizar isso como você [...] não, tem como falar em Reforma Psiquiátrica, [...] Atenção Psicossocial, Clínica Ampliada,

sem lembrar do Diagnóstico situacional, sem lembrar do conceito de Saúde, [...] Trilhas Associativas [TO.7]

[...] tem tantas coisas da Atenção Psicossocial que eu enxergo que conversam tão bem com o MTOD [...] [TO.1]

A forma como compreende o sujeito-alvo vai ao encontro da base teórica da RAPS, que vê o usuário de seus equipamentos como protagonista do cuidado [TO.12]

Em relação aos diálogos entre o MTOD e a Redução de Danos, as participantes também apresentaram e justificaram afirmações positivas, destacando expressivamente a existência de diálogos, com destaque para intersecções entre a perspectivas do desejo, autonomia e saúde, e instrumentalização da RD a partir dos processos do MTOD. Uma participante destacou o quanto seu raciocínio clínico/e ou profissional a partir do MTOD dialoga com o conceito da Redução de Danos, destacando sua convergência epistemológica a partir da perspectiva do sujeito e seu poder decisório na composição do cuidado com base em seus desejos, necessidades e possibilidades potenciais:

[...] não tem como olhar para RD e já não colocar em diálogo com o MTOD [...] eu acho que tem uma dimensão de fortalecer o poder decisório desse usuário[...] nessa perspectiva, de fato estabelecer um plano de cuidado possível a partir das demandas e das necessidades identificadas por aquela pessoa que a gente atende [...] colocando e valorizando no centro da discussão a perspectiva daquela pessoa, daquele sujeito. Eu acho que isso esse foi um aprendizado muito próprio do MTOD [...] [TO.7, *grifo nosso*]

Em consonância a perspectiva apresentada pela participante [TO.7] outras duas participantes, além de enfatizar a relação entre o desejo do usuário a partir do MTOD e a RD, afirmaram que esse diálogo potencializa a construção de diferentes possibilidades de saúde para o sujeito a partir do diagnóstico situacional e da singularidade e dos movimentos dinâmicos da relação triádica:

[...] tem bastante relação [...] a Redução de Danos é a lógica que eu mais acredito de cuidado para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas [...] **porque ela parte do desejo do sujeito [...] olhando e problematizando**

coisas de que dá para ser diferente [...] partem do mesmo pressuposto do MTOD da questão do desejo, de estar e de fazer. E a partir disso, a gente vai possibilitando outras coisas [TO.2, *grifo nosso*]

[...] eu nunca parei para pensar nisso, mas eu acho que tem diálogo, sim, pensando na questão de reconhecer onde o sujeito está e o que ele tem hoje, da situação atual dele e não propor uma nova situação do nada né? Mas construir com aquele sujeito uma situação possível a partir da onde ele está [...] **eu acho que, se faz parte da situação dele fazer o uso abusivo de drogas, é nessa situação que a gente vai atuar. E aí tendo em mente, as premissas da Redução de Danos, acho que tem muito diálogo com MTOD** [...] [TO.5]

Outra participante, além de destacar a potencial relação de diálogo conceitual entre o MTOD e a RD afirmou a incorporação dessa perspectiva, também as pessoas que não fazem uso abusivo e/ou problemático de SPA:

[...] nossa! [...] nunca pensei nisso, agora que eu estou vendo uma relação de fato [...] eu, enquanto terapeuta ocupacional sempre penso no cotidiano mais saudável possível a gente sempre vai imaginar a Redução de Danos, **não estou pensando apenas quanto ao uso de substância psicoativa. Estou pensando, por exemplo, em usuários com transtornos psicóticos graves que não fazem o tratamento medicamentoso proposto, então a gente negocia o mínimo possível, pensando na proposta de Redução de Danos** [TO.4]

Em relação aos diálogos do MTOD com o conceito e a perspectiva de saúde e Clínica Ampliada na AP, as participantes apresentaram e justificaram afirmações positivas, salientando suas intersecções com a superação da concepção diagnóstica tradicional, a compreensão de saúde e o raciocínio clínico. Uma participante destacou a compreensão sobre saúde e a posição protagonista que o sujeito-alvo ocupa na relação a partir do MTOD para a composição do seu cuidado, entre o que ele avalia que seja saudável ou não, distanciando de métricas normativas da e as possibilidades do sujeito:

[...] eu gosto muito quando a Sônia fala desse desafio que a reforma nos coloca da Atenção Psicossocial que é um desafio que é político, mas que é técnico [...] um ponto interessante do **MTOD que ele possibilita discutir a saúde na perspectiva do usuário, do sujeito alvo da nossa ação, acho que isso é muito importante**. É uma discussão o que o MTOD traz para a gente, que vai além desses campos que tradicionalmente a TO está [TO.7, *grifo nosso*]

Um participante destacou o diálogo entre a perspectiva ampliada do MTOD a partir dos movimentos dinâmicos da relação triádica e do quarto termo para composição do cuidado, considerando a superação das estruturas institucionais/arquitetônicas dos equipamentos da RAPS e da própria concepção diagnóstica clássica para construir processos de inserção social os territórios e cotidianos dos sujeitos:

[...] a grande contribuição do MTOD na Atenção Psicossocial é alinhar uma perspectiva clínica que parte, está imbuída da clínica com o olhar ampliado. Seja para compreensão de saúde, cotidiano, setting, essa relação que não se fecha só ali com usuário e profissional que não se fecha só no CAPS, UBS, nos muros, mas está aberto para o social, está aberto para o território [...] e para cotidiano dos sujeitos! [TO.1]

[...] na Atenção Psicossocial temos aquele olhar voltado para pessoa de “não olhar a doença, olhar a pessoa” no MTOD nós temos esse sujeito que vai compor a relação com a clínica ampliada [...] e a partir desse olhar voltado para o sujeito e o seu cotidiano, sustentar a relação triádica, porque é uma perspectiva que não exclui a clínica do social, isso é um ponto importante, não excluir, porque a clínica está presente no MTOD, mas, ao mesmo tempo, essa clínica, ela não fica fechada em um setting, ela não fica fechada só na relação triádica porque a relação triádica não é fechada. Então, tem a perspectiva do setting ser ampliado para essas ações do sujeito no cotidiano, essas construções do cotidiano, voltada para a inserção social, essa perspectiva da relação triádica de que pode desenvolver o quarto termo, de “quarto termos” que vão entrando nessa relação à medida da necessidade e das ocasiões também. Eu acho que eu conseguia conciliar uma perspectiva clínica com a proposta de Atenção Psicossocial, uma coisa que não exclui a outra. [TO.1]

Outra participante, afirmou a relevância desse diálogo, embora tenha destacando, a priori, que não tinha pensado nessa conexão conceitual até a presente pesquisa. Nesse sentido, a participante detalhou seu ponto de vista associando o diagnóstico situacional e sua característica dinâmica e ampliada para além da concepção diagnóstica tradicional, onde a doença não é o foco e sim o sujeito e suas potencialidades e possibilidades em sintonia com a perspectiva da Clínica Ampliada e o conceito de “doença entre parênteses” enunciado por Franco Rotelli em Instituição Inventada:

[...] eu acho que sim, essa pergunta é bem interessante, eu nunca pensei nos dois, mas eu acho que sim, porque quando a gente fala um Diagnóstico Situacional é um diagnóstico que ele é dinâmico, é um diagnóstico que se transforma a partir do sujeito a partir do que ele faz de como ele se apresenta. O adoecimento é colocado entre parênteses “Franco Rotelli” fala muito nisso, o adoecimento é colocado entre parênteses e o sujeito é o eixo. **Eu penso que sim, porque a clínica ampliada, ela não foca o adoecimento, ela não foca o**

diagnóstico, ela foca justa justamente todas as possibilidades que o sujeito tem de se inserir nos seus espaços de vida, se inserir no coletivo e o diagnóstico situacional, inclusive [...] eu sempre começo pela característica do sujeito, eu não começo pela patologia, isso eu aprendi a partir do MTOD. Você primeiro fala do sujeito, do que ele gosta, das suas possibilidades, você não tem que colocar o “CID 10” [...] a clínica ampliada, ela parte dessa lógica do sujeito mesmo, na sua atividade, na sua história de vida, na sua cultura, o Diagnóstico Situacional e a Clínica Ampliada, nesse sentido tem realmente tem uma interlocução, bem interessante! [TO.3,*grifo nosso*]

Em consonância com a perspectiva apresentada pela participante [TO.3], dois participantes destacaram a relação entre as perspectivas e as ações direcionadas a produção de saúde do MTOD, alinhadas à Clínica Ampliada de forma potencial:

[...] eu acho que para olhar do cotidiano do sujeito de como que ele está na vida [...] porque o MTOD ele é para todos [...] acho que a gente trabalha muito com isso, quais são os outros lugares que esse sujeito pode ocupar na vida que não seja só ficar no lugar de doente [...] [TO.6]

[...] acredito que sim. [...] porque a gente pensa a partir do MTOD, em promoção de saúde, de explorar os aspectos saudáveis desse cotidiano e quando você pensa na clínica ampliada é justamente essa busca, de saúde de uma forma mais cotidiana em outros espaços em outros territórios. Então acho que os dois conceitos podem conversar como se complementar [TO.4]

Uma participante, ilustrou sua perspectiva a partir das concepções originárias da Clínica Ampliada na Saúde Coletiva para o campo da saúde mental, destacando a constituição epistemológica do MTOD, sua população alvo e objetivos a um raciocínio clínico e/ou profissional convergentes à Clínica Ampliada, salientando a relevância dessa convergência para a prática e produção de saúde:

[...] sim, eu acho que a clínica ampliada, ela é muito voltada para saúde coletiva, a clínica ampliada, veio de uma construção da saúde mental, da luta desses coletivos. Eu acho que a gente na saúde mental empresta isso da Saúde Coletiva e eu acredito muito nisso! Não sei se especificamente o MTOD porque na minha vida, na minha experiência, o MTOD sempre, sempre muito voltado para a saúde mental, muito provavelmente, porque era esse o meu desejo. Então, sempre o meu raciocínio clínico sempre esteve em torno da

saúde mental, mas a gente tem hoje muita gente formada no MTOD que trabalha com os mais diversos problemas, dentro da vida de uma pessoa. Em um determinado momento, a Jô fala isso, o MTOD não é da saúde mental e ele precisa servir para as mais diversas populações e eu acho sempre que todas as populações terão algum sofrimento psíquico em decorrência do que tão sofrendo. Então, **para mim fica essa máxima de que o MTOD vai sempre produzir uma clínica ampliada. Se a gente for pensar no quarto termo da relação, que a gente propõe, é um método específico, A gente já pode ampliar a clínica?! Isso para mim é um dos pontos mais bonitos do MTOD, chamar outro termo para fazer e possibilitar na relação triádica com aquilo que é possível para o usuário naquele momento, ampliar [...] para mim faz muito sentido** [TO.9, *grifo nosso*]

Contribuições específicas do MTOD para operacionalização do cuidado na Atenção Psicossocial a partir do Raciocínio do Clínico do MTOD: “Know-how”

As contribuições específicas do MTOD reúnem os resultados de contribuições específicas para o campo da AP em seus diferentes equipamentos da RAPS com base na experiência de atuação das participantes provenientes da entrevista e do questionário temático. Nesse sentido, destaca-se que além dos diálogos epistemológicos entre os paradigmas e os conceitos da Atenção Psicossocial, evidenciou-se que prática clínica de terapeutas ocupacionais orientados pelo MTOD também contribui de forma relevante para a atuação da terapia ocupacional e da própria Atenção Psicossocial instrumentalizando o cuidado “Know-how”.

Quanto a pergunta exposta no questionário temático: “Você avalia que o MTOD te ajuda a trabalhar na atenção psicossocial? Se sim, poderia me dizer 3 aspectos?” As(os) participantes responderam, de forma geral, que as práticas terapêuticas ocupacionais a partir do MTOD ajudam e/ou ajudaram a trabalhar no campo da Atenção Psicossocial de forma relevante, destacando aspectos teóricos e metodológicos. E, embora a pergunta tenha focalizado apenas três aspectos, foram identificadas em sua grande maioria mais de três aspectos em que o MTOD contribui e/ou contribuiu para suas práticas no campo da Atenção Psicossocial, considerando seus múltiplos equipamentos de atuação.

Salienta-se também que os resultados pertinentes às contribuições do MTOD na AP sugerem responder aos objetivos desta pesquisa e provocar reflexões relevantes para o núcleo da Terapia Ocupacional. Para tanto, os resultados dessa sessão foram organizados e descritos a partir das seguintes contribuições: (1) Sustentação teórico-metodológica para prática de núcleo

e fortalecimento da identidade profissional; (2) ampliação e/ou construção do cotidiano e inserção social; (3) construção do PTS.

Sustentação teórico-metodológica para prática de núcleo e fortalecimento da identidade profissional

Várias(os) participantes referiram o papel do MTOD em suas trajetórias profissionais, destacando as contribuições para maiores compreensões a respeito da profissão e raciocínio clínico e/ou profissional, sustentando teórico-metodologicamente a prática de núcleo, evidenciando o fortalecimento de suas identidades profissionais na AP a partir do MTOD. Uma participante compartilhou alguns aspectos de sua trajetória de atuação associadas à sua formação no MTOD, destacando sua contribuição para a sistematização do seu raciocínio clínico e/ou profissional, sobretudo a partir do uso das atividades como instrumento. E nesse sentido, salientou de forma crítica uma preocupação em relação à utilização de atividades e datas comemorativas, as atribuições específicas da Terapia Ocupacional em diálogo a práticas morais:

[...] uma das coisas que mais me chamou atenção era como eu conseguiria, colocar o MTOD da terapia ocupacional dentro do Juqueri. [...] poder voltar a estudar terapia ocupacional com a Jô, fez com que eu me recolocasse clinicamente [...] eu tinha a sensação de que a terapia ocupacional era uma grande brincadeira e aí era um pouco o lugar onde o manicômio colocava a terapia ocupacional ‘não tem nada para fazer?’ Essa coisa mais higienista, aí a terapia ocupacional ocupa as pessoas para que elas parem de dar trabalho! **Eu fui conseguindo fazer um raciocínio clínico que dizia respeito a ampliação da experiência através da atividade** não é uma atividade que seria usada para fazer uma festa junina! Eu odeio esse lugar que às vezes a Terapia Ocupacional se coloca. Vai ter a festa junina? Aí faz uma festa junina, ou então essa coisa do ovo de páscoa a gente vai misturando um pouco que é o Raciocínio Clínico da TO com o cristianismo e quase que comete crime dentro das instituições [TO.9, grifo nosso]

Em consonância a participante [TO.9], outra participante referiu que a partir de seu processo formativo no MTOD contribuiu para desenvolver um raciocínio clínico que orienta a prática de forma singular e dinâmica, em diálogo com os pressupostos da Atenção Psicossocial:

[...] o MTOD me fez [...] ter uma radicalidade pela clínica! A clínica é soberana nesse sentido e muito singular [...] se a clínica é soberana, ela é muito daquele encontro,

daquele sujeito com o terapeuta dentro daquele setting e a partir desse encontro que vai se produzir toda uma história de acompanhamento e de cuidado desse usuário e da família [...] não dá para você colocar isso como uma receita, como algo normativo [...] tem uma singularidade, assim como os PTS dentro da Atenção Psicossocial também são singulares [TO.10]

Duas participantes referiram que o MTOD contribuiu para o raciocínio clínico e/ou profissional, destacando a organização dos pensamentos e afetos, norteamento e a compreensão do agir terapêutico e a conceitualização da prática, nomeando-os a partir dos procedimentos:

[...] quando se estuda o MTOD, a gente consegue ter um raciocínio do que a gente está fazendo e para onde a gente quer ir. Porque antes ficava tudo muito vago [...] estar dentro da instituição, a gente faz muitas coisas, mas a gente não dava nome para aquilo, eu acho que isso vem da nossa formação de terapia ocupacional, que é muito frágil [...] [...] quando eu fiz a formação no MTOD, eu tive a oportunidade de ter um atendimento individual dentro do CAPS, que era meu caso de supervisão no MTOD. Aí, eu acho que ficou mais claro para as pessoas entenderem um pouco do que eu fazia e eu também consegui dar nome ali ao que eu fazia. Isso fez muito sentido, na minha busca por fazer o CETO talvez, tinha um pouco dessa busca de entender melhor o que eu fazia [...] [TO.2]

[...] na organização do pensamento e dos afetos [...] pensar e refletir essa parte, porque tem um tanto que é organizar e, não é no sentido de uma receita de bolo, de um engessamento, de forma nenhuma! Mas é no sentido de nos ajudar a organizar, onde a gente vai? O que a gente vai avaliar? [...] O MTOD tem esse lugar, de me ajudar a organizar [TO.7]

Uma participante referiu o potencial da terapia ocupacional para o acompanhamento de casos graves, enfatizando a contribuição do MTOD a partir de seu referencial como instrumento relevante e diferenciado para ações de cuidado para o campo da AP:

[...] acho que não é à toa que geralmente os casos que encaminham para TO em CAPS são os casos mais difíceis [...] geralmente situações mais críticas mesmo, mais restritas [...] que as pessoas não enxergam muitas possibilidades, aí encaminham para TO. Eu acho que a partir do MTOD a gente está mais instrumentalizado para fazer isso, porque o MTOD é a raiz da TO [...] eu acho que é fundamental [...] faz toda a diferença com uma contribuição muito rica para a Atenção Psicossocial [...] **o MTOD me instrumentalizava** [...] [TO.5, *grifo nosso*]

Uma participante compartilhou sua perspectiva em relação ao déficit formativo da TO, principalmente quanto às ambiguidades em relação às questões de núcleo e campo. Para tanto, referiu a importância no MTOD para o fortalecimento da sua identidade profissional, destacando suas contribuições para esclarecimento e delineamento do núcleo da TO em relação à atuação profissional em equipes inter e transdisciplinares como uma característica facilitadora do MTOD em dialogar com diferentes campos e teorias:

[...] o MTOD surge em um momento para mim [...] que comecei a trabalhar, recém-formada. Acho que a gente se forma muito cru ainda, e acho que o MTOD ele vem de fato, para você se estabelecer enquanto o terapeuta ocupacional, porque [...] **para você chegar em uma equipe transdisciplinar, você precisa ter muito claro qual é a sua especificidade, o que é ser Terapeuta Ocupacional? Eu acho que o MTOD ele traz essa clareza.** A gente pode nadar, mergulhar e beber de várias fontes, eu fui mais para a frente, eu fiz a formação em psicopatologia fenomenológica [...] ela conversa muito com o MTOD [...] acho que MTOD nos aproxima mesmo e traz a especificidade da TO desse olhar para o fazer [TO.6]

Em consonância a participante [TO.6], duas participantes destacaram a contribuição de esclarecimento e delineamento do núcleo da Terapia Ocupacional para sua identidade profissional a partir do seu arcabouço teórico metodológico como uma característica que ajudam a se diferenciar das demais categorias na composição coletiva do cuidado da AP:

[...] o MTOD fornece o arcabouço para pensar a parte da terapia ocupacional que ajuda a não a se confundir com os outros profissionais [...] [TO.1]

[...] sustentando teoricamente as intervenções da Terapia Ocupacional [...] [TO.7]

Nesse sentido, outra participante destacou essa contribuição do esclarecimento e delineamento do núcleo da Terapia Ocupacional para sua identidade profissional associada a seu processo formativo no MTOD.

[...] eu lembro que o meu primeiro contato [...] com Atenção Psicossocial tinha muito a questão do que é próprio da Terapia Ocupacional, o que é específico? Que contribuições a gente tem enquanto TO aqui nesse serviço? E isso me acompanhou

por muito tempo [...] essas questões foram respondidas com mais profundidade a partir do MTOD [...] [TO.5]

Várias(os) participantes referiram características relacionadas a suas identidades profissionais intrinsecamente relacionadas a suas compreensões sobre a TO, considerando suas trajetórias de formação e atuações nos diferentes equipamentos da RAPS e destacaram o papel que o MTOD teve para o aprofundamento, esclarecimento e apropriação das ações de núcleo da TO:

[...] eu sinto que eu só consegui me organizar, me entender, me descobrir como terapeuta ocupacional a partir do MTOD em Saúde Mental, acho que é esse o lugar que o CETO tem para minha formação, no CETO me descobrir realmente terapeuta ocupacional[TO.7, *grifo nosso*]

[...] O MTOD na minha vida é o que eu acredito ser a terapia ocupacional[...] [TO.9]

[...] minhas ações de terapia ocupacional eu sempre utilizo os pressupostos do MTOD porque isso está enraizado na minha formação [...] na minha característica profissional enquanto eu penso as ações, na forma que eu desenvolvo o meu raciocínio das atividades [TO.4]

[...] estou pensando como teria sido, se eu não tivesse a formação no MTOD. Porque tudo que eu penso hoje é atravessado pelo MTOD, foi um divisor de águas no meu fazer de terapia ocupacional[TO.5]

Duas participantes afirmaram o quanto a formação no MTOD, e por conseguinte sua prática, contribuiu para sua postura enquanto terapeuta ocupacional que atua na Atenção Psicossocial enfatizando seu empoderamento profissional:

[...] estou pensando numa qualidade de presença que eu era muito insegura, eu me sentia insegura, apesar de eu ter toda essa bagagem da saúde mental [...] eu me sentia insegura, muito frágil [...] eu acho que eu também fui me espelhando na Jô, na Sônia, nas outras TO do CETO que eu também podia ser uma TO que também pode chegar botando sua banca nos serviços [...] [TO.7]

[...] o MTOD me ajudou muito até eu entender um pouco mais do que a TO fazia [...] trabalhar com o MTOD faz parte de quem eu atuo [...] poder me colocar nos espaços com outra forma de dizer e de esclarecer [...] [TO.2]

Por fim, uma participante referiu um dos pressupostos do MTOD quanto à postura ativa da TO nos movimentos dinâmicos da relação triádica, atreladas sua identidade profissional:

[...] o MTOD me possibilitou essa questão da terapeuta ocupacional ativa, é algo que me pertence [...] [TO.3]

Diagnóstico situacional e Construção do PTS

Em relação à construção dos PTS, uma participante referiu a potência da TO para composição PTS de forma ampliada. E nesse sentido, foi possível identificar a característica paradigmática do MTOD em focalizar o sujeito além das características, diagnósticas e sintomatológicas:

[...] o PTS feito por terapeutas ocupacionais se dá de maneira ampliada de qualquer maneira, porque a gente está interessada no que vive o sujeito e não na redução do sintoma [...] [TO.9]

Para construção dos PTS, quatro participantes referiram que o MTOD contribuiu de forma relevante para sua composição articuladas com o Diagnóstico Situacional. Nesse sentido, as participantes destacaram que o Diagnóstico Situacional contribuiu para ampliar a compreensão do sujeito a partir da sua situação, considerando diferentes atores, contextos e momentos temporais na sua história:

[...] uma coisa que eu me aproximei muito desde o começo das ações da terapia ocupacional foi o PTS, porque eu percebi que para a construção desse instrumento, eu era muito solicitada. E sempre que eu participava, com o usuário e com a equipe, eu

entendia que aquela era uma participação positiva e pensando no MTOD, que eu tinha formação, eu acho que o Diagnóstico Situacional foi uma coisa que me fez amamar muito isso [...] como que eu vou participar do PTS? Todo mundo pode participar do PTS, o que eu vou fazer de diferente? Eu ficava pensando no Diagnóstico Situacional desse sujeito que chegava e isso me trazia muitos elementos para [...] pensar naquele PTS inicial. Então, acho que é um dos conceitos dos pressupostos que eu mais me aproximei já no início dessa prática! [TO.4]

[...] o Diagnóstico Situacional ele vai trazendo fotografias no sentido de compor essa biografia do sujeito e o quanto ele se apresenta, acho que o Diagnóstico Situacional se apresenta de uma forma, quando ele está na crise de uma forma diferente, quando ele está na comunidade, no espaço, isso é importante [TO.6]

[...] importância do Diagnóstico Situacional para compor um PTS, eu acho que isso é muito rico [...] porque de fato é aquilo que a gente vai avaliar e como o sujeito se vê, como as pessoas o veem, como a equipe o vê [...] acho que é isso para mim é fundamental! [TO.7]

Ampliação e/ou construção do cotidiano e inserção social

As participantes referiram que o MTOD contribui e/ou contribuíram para ampliação e/ou construção e inserção social, destacando como podem operacionalizar esse objetivo a partir do raciocínio clínico do MTOD. Principalmente, a partir dos movimentos dinâmicos da relação triádica e da técnica Trilhas Associativas. Quanto à sistematização e apresentação dos resultados, destaca-se que suas narrativas de compreensões e experiências orientadas pelo MTOD se apresentaram integradas a vários conceitos, termos e procedimentos ao raciocínio clínico e/ou profissional.

Duas participantes destacaram a profunda compreensão sobre o cotidiano e suas atividades a partir do MTOD, destacando como uma característica que contribuem para a composição do cuidado de forma singular, alinhada ao paradigma da Terapia Ocupacional, favorecer a ampliação e o movimento a partir do novo:

[...] eu acho que tem essa contribuição da gente ter um olhar que é muito profundo para o cotidiano, de conseguir reconhecer as atividades potentes, é isso a gente fala o tempo inteiro no MTOD de que não é uma reabilitação, não é um recomeço, não é uma reconstrução, é muito mais de uma ampliação [...] [TO.5]

[...] O MTOD me ensinou que o cotidiano, ele é vida, é movimento [...] a [TO.3]

Nesse sentido, várias participantes complementaram essa ideia, referindo que o MTOD contribui para os processos de ampliação e inserção social, destacando como realizam esse objetivo, partir do raciocínio clínico e/ou profissional e dos procedimentos orientados pelo MTOD, salientando a dinâmica da relação triádica, do quarto termo e das Trilhas Associativas para além dos contornos institucionais, na construção de pontes e redes afetivas e de suporte, em diálogo com o campo da AP:

[...] quando você fala do cotidiano, tem um tanto que eu acho que as histórias que vão aparecendo nas Trilhas Associativas elas vão contando sobre um cotidiano que é quase secreto de um processo terapêutico dentro do MTOD e o sujeito pode criar a partir do que ele viveu com você na Relação Triádica algumas porosidades no que ele vem experimentando nos vários aspectos da sua vida, seja nas relações de amizade da família, amigos [...] e aí o que isso significa para ele [...] eu acho o MTOD tem um jeito responsável de olhar para cotidiano com a participação efetiva do sujeito, mesmo que só subjetivamente ou, na prática [TO.9, grifo nosso]

Uma participante referiu o quanto o raciocínio orientado pelo MTOD, ajudou a pensar estratégias que superem os limites institucionais para um cotidiano ampliado.

[...] o MTOD me ajuda a pensar de que maneira o que se vive ali dentro do CAPS pode extrapolar a instituição [...] a aquilo que se vive dentro do setting da TO, daquele encontro específico pode ir para além, [...] pode estar sendo compartilhado na família [...] na rotina, ou com os amigos. A gente vai construindo essas pontes a partir da nossa clínica, eu acho que faz muito sentido! [TO.10, grifo nosso]

A(o) participante [TO.1] associou o entrelaçamento entre a clínica ampliada e os processos do MTOD na ampliação de um setting que vise a ampliação do cotidiano.

[...] na Atenção Psicossocial temos aquele olhar voltado para pessoa de “não olhar a doença, olhar a pessoa” no MTOD nós temos esse sujeito que vai compor a relação com a clínica ampliada [...] e a partir desse olhar voltado para o sujeito e o seu cotidiano, sustentar a relação triádica, porque é uma perspectiva que não exclui a clínica do social, isso é um ponto importante, não excluir, porque a clínica está presente no MTOD, mas, ao mesmo tempo, essa clínica, ela não fica fechada em um setting, ela não fica fechada só na relação triádica porque a relação triádica não é fechada. Então, tem a perspectiva de o setting ser ampliado para essas ações do sujeito no cotidiano, essas construções do cotidiano, voltada para

a inserção social, essa perspectiva da relação triádica de que pode desenvolver o quarto termo, de *quartos termos* que vão entrando nessa relação à medida da necessidade e das ocasiões também. Eu acho que eu conseguia conciliar uma perspectiva clínica com a proposta de Atenção Psicossocial, uma coisa que não exclui a outra. [TO.1, *grifo nosso*]

Outra participante referiu o quanto o MTOD o ajudou a pensar em estratégias com múltiplas possibilidades incluindo as hipóteses para sua compreensão assim a postura ativa da terapeuta nos movimentos dinâmicos da relação triádica para provocar movimentos rumo ao social:

[...] acho que quando a gente pensa em ampliar o cotidiano a gente pensa muito em oferecer possibilidades, acho que o MTOD ele traz muito isso da gente levar hipóteses para [...] os sujeitos que a gente atende, levar hipóteses [...] da gente às vezes compartilhar com aquele sujeito que a gente atende, o que deu certo e como que poderia ser, às vezes eles olham a gente também, muito como um espelho mesmo de coisas que eles poderiam seguir acho que o MTOD permite isso assim, essa horizontalidade [...] a ampliação do cotidiano vai muito de você levar também da sua experiência de você se colocar, acho isso super importante [TO.6]

Uma participante compartilhou um recorte de um caso que atendeu, destacando a técnica trilha associativa e o quarto termo na composição de cuidado ampliado:

[...] eu lembro de uma jovem paciente que estava grávida, foi uma paciente que consegui fazer as Trilhas Associativas com ela [...] a gente fez todas as atividades voltadas para o bebê, ela fez cartas para bebê! A gente construiu juntos o enxoval do bebê. Então, como o bebê estava próximo a nascer, ela catalogou as atividades que ela tinha feito e ela foi construindo comigo, o nome do bebê ela escolheu no atendimento, o marido entrava no atendimento [...] [TO.3]

Outras três participantes enfatizaram a dinâmica da relação triádica no processo de ampliação do cotidiano, destacando a instrumentalização cuidado a partir do desejo e necessidade do usuário em diálogo com os pressupostos da AP:

[...] a contribuição do **MTOD pensando na própria relação triádica** [...] só isso já é uma grande contribuição para nossa presença no CAPS, porque a gente está ali o tempo inteiro e isso exige uma **ampliação na relação** diz da potência desse encontro, com quem está ali para ser acompanhado [...] vejo muita potência nesse encontro [...] O MTOD, me ajudou a enxergar realmente a situação [...] tendo isso em mente, essas coisas que o **MTOD nos ensina eu acho que ele nos instrumentaliza para ampliar**

o cotidiano porque vai a partir do desejo do sujeito vai a partir do que ele tem como necessidade [TO.5, *grifo nosso*]

[...] uma outra coisa do MTOD, que para mim faz muito sentido, é [...] a composição terapeuta, atividades e sujeito, desta dinâmica estabelecida e de poder analisar essa dinâmica, o que me afeta como terapeuta? O que esse sujeito desperta? Quais são as produções dele? Qual historicidade? Porque tem algo dessa produção que tem a ver com a história desse sujeito, que ficou fragmentada, e às vezes não pode ser compartilhada [...] **a gente vai compartilhar a partir daí algo que é possível ser compartilhado no social** [...] [TO.10, *grifo nosso*]

[...] o MTOD me fortaleceu muito com a relação triádica, eu enquanto Terapeuta, o Sujeito que está lá para fazer a atividade e as Atividades [...] eu lembro muito que a Jô falava, isso do terapeuta ocupacional poder utilizar da sua voz, mas a voz, do terapeuta não pode ser a sua única atividade “é preciso ter atividades!” [...] a questão do setting, o espaço aberto para receber e para aqueles que desejam partir [TO.3]

Destaque-se que uma participante, referiu que o MTOD atua em diálogo com interseccionalidade¹⁹ do sujeito e seus contextos de vida, favorecendo o fortalecimento e a ampliação de suas possibilidades para sua inserção social:

[...] eu digo isso com todo o cuidado do mundo, porque eu sei que muita coisa é atravessada por outros processos, que são da macropolítica, as questões raciais, a questão de vulnerabilidade social. Tem uma coisa que não é do sujeito é de onde o sujeito está inserido. Mas até nisso o MTOD contribui, porque a gente fala de uma inserção social. Então, o que potente é você fortalecer um sujeito para estar numa sociedade como essa, apesar da sociedade que ele está, ele vai estar nela apesar da sociedade, nós estamos aqui, então acho a formação ajuda a gente a enxergar isso ali no “miudinho” e ampliar. É de muita contribuição [...] para os serviços que propõem fazer justamente isso [TO.5]

O instrumento Atividades foi destacado por várias participantes com enfoque na sua potência em instrumentalizar, a partir da relação triádica, formas de experimentação e da relação com fazer, para construção de novos sentidos para o sujeito:

[...] eu associaria essa ampliação do cotidiano com essa construção da rede [...] a construção de rede para o sujeito considerando a vulnerabilidade que ele se encontra muitas vezes é porque realmente as pessoas do CAPS são muito vulneráveis, com muita frequência faltam coisas muito básicas, dependendo do lugar que esse CAPS está inserido, geralmente são em lugares mais vulneráveis mesmo [...] então eu acho

¹⁹ Conceito formulado por Kimberlé Crenshaw no final da década de 1980, refere-se à análise das formas como diferentes categorias sociais, como raça, gênero, classe, sexualidade, entre outras, interagem e se sobrepõem, gerando experiências únicas de opressão e privilégio. Essa perspectiva evidencia como sistemas de poder e discriminação não atuam isoladamente, mas de forma interligada, moldando a vida de indivíduos e grupos sociais

que a gente poder pensar em ampliar, o que for possível ali naquele território, naquela vida, naquele sujeito isso é muito potente, pensar em fazer atividades, considerando todo o impacto que isso tem no que é interno de uma pessoa [...] pelo menos os casos que eu acompanhei, você via que o sujeito se posicionava de um outro jeito, você via os efeitos do fazer atividades e o quanto que a Jô fala de “fazer é ser, e ser é fazer” e você vê a importância disso mesmo no cotidiano de trabalho, isso era uma coisa muito clara, que eu acho que é um diálogo mesmo do MTOD com a Atenção Psicossocial. [TO.5]

[...] a partir de experienciar atividades [...] mesmo que seja uma atividade que a pessoa não vai levar para a rotina dela, por ex. uma pessoa vai pintar uma tela, estando em situação de rua, durante aquela atividade de pintar a tela, muitas outras coisas são conversadas, outros temas são trazidos e que muito provavelmente, numa simples conversa ou num outro cenário, muitas coisas não apareceriam [TO.8].

A participante [TO.4] referiu que as atividades realizadas dentro dos equipamentos, tem o propósito de ampliação de sua rede social com enfoque em seu cotidiano, assim como as atividades externas na promoção de contratualidade e no fortalecimento do pertencimento em seu território a partir da relação triádica:

[...] as atividades dentro dos serviços, se a gente consegue que elas tenham um significado para essa pessoa e um propósito, elas podem estabelecer ações lá no cotidiano [...] com esse propósito, esse direcionamento que a gente consegue construir com a pessoa [...] A atividade externa de ir junto nos lugares, eu acho que isso é muito da terapia ocupacional, pensando na promoção de saúde, no fortalecimento desses espaços no território, explorar esse cotidiano saudável, com a pessoa, quando a pessoa não consegue estabelecer essas pontes sozinhas é a nossa função estar ali junto para ajudar que ela estabeleça inicialmente essas relações [TO.4]

E nesse sentido, ilustrou um recorte de um caso:

[...] lembro que chegou uma usuária, que estava trancada no quarto, pois ela não queria conviver com ninguém, nem com a própria família. Então, ela entra nesse momento nesse nível de sofrimento, querendo morrer! Essa era a questão dela [...] ela chega para esse grupo de atividades com a proposta de fazer atividade para se apresentar. Nesse grupo, não foi difícil para que ela chegasse ali, o momento que ela chegou, ela teve uma dificuldade de se apresentar e ela mantinha um diálogo, uma comunicação que era comigo [...] aí ela começou a fazer as atividades para apresentar a família [...] e faz uma atividade para contar que a irmã está grávida [...] ela faz outra atividade para contar sobre a mãe, e daí, a partir dessas atividades, ela começou a querer presentear a família, levar de presente a atividade para a família, porque no momento da crise teve uma cisão nas relações. Ficou um caos! Só que para ela presentear a família, é necessário que ela conheça melhor esse familiar para saber o que vai dar de presente. Então, ela vai para casa, ela conversa com esse familiar que é o alvo do presente, descobre o que a pessoa gosta, descobre o que ela pode fazer

dentro da oficina, faz e presenteia [...] ela faz isso com encontros aos familiares nucleares, que ela estava tentando se aproximar. Aí, depois que ela faz isso com os familiares, ela volta para as atividades, na oficina para poder se apresentar. Ela não conseguiu se apresentar na nossa proposta inicial, ela usou a atividade para se reconciliar lá com o pessoal da casa dela, aí quando ela volta para fazer as atividades para ela [...] inicialmente ela conseguiu pintar um Orixá, fazer um quadrinho e contar para o grupo. Posteriormente, levou para sua casa e posteriormente de presente para o guia de santo dela [...] a utilização da atividade impactando no cotidiano [TO.4]

A(o) participante [TO.5] ilustrou um recorte de um caso em que a partir da necessidade do sujeito-alvo as atividades que integraram a relação triádica foram as atividades cotidianas em contextos reais de vida, ou seja além das atividades que produzem resultados plásticos que integram a vida cotidiana:

[...] teve uma moça que eu acompanhava, ela era muito deprimida e sempre se queixava da casa e de não conseguir fazer nada. Eu fui com ela, a gente construiu para ir em sua casa para fazer faxina. E eu fui, porque eu era TO do MTOD. Quando eu disse para equipe, as pessoas ficaram assim, “caraca, como assim?” Eu falava - gente é meu trabalho, não é uma coisa que estou fazendo porque sou um ser humano estrelinha, não, isso aqui é trabalho! [TO.5]

A participante [TO.3] ilustrou a construção de ampliação de cotidiano a partir de atividade de geração de renda, sustentada pela relação triádica ampliando o quarto termo, focando espaços de trocas e valorização social:

[...] eu lembro de uma senhora ela tinha uma plantação [...] um quintal na casa com muitas frutas e ela morou fora, numa época ela fazia sucos para vender e ela estava agora fazendo “din din” (nome do suco que fazia). Sugeriu, então vamos então fazer “din din” para você vender no CAPS! E ela começou a trazer para vender o “din din” no CAPS. Essa ampliação do cotidiano de fazer algo na casa dela e a organizar, eu ajudei a que tipo de fruta podia fazer. E aí é a inserção que eu vejo é uma ligação desse cotidiano de dentro de casa para fora foi porque ela começou a trazer para vender, eu vejo que isso passa por esse cotidiano ativo e dinâmico! [TO.3]

A (o) participante [TO.5] em consonância com a (o) participante [TO.3] também ilustrou processos de ampliação de cotidiano e inserção social a partir de atividades de geração de renda a partir da Relação Triádica destacando sua postura ativa em promover condições para experimentação do fazer:

[...] ele era um menino que não falava, que ficava muito à mercê dos outros, do que propunham sem conseguir dizer nem do que ele precisava, do que estava vivendo e nem do que ele queria fazer. Eu lembro que teve um atendimento que ofereci para ele papel, lápis e caneta [...] e ele começou a desenhar e ele começou se expressar através dos desenhos que ele fazia [...] sobre o desenho, ele começou a falar num tom de voz muito baixinho, que depois foi ficando mais alto [...] ele saiu do CAPS fazendo café porque ele disse que queria trabalhar, ele pensou em vender café, e eu falei: - então, você precisa aprender a fazer café! E a gente foi para a cozinha do CAPS [...] “Boa fazer, vamos lá eu vou te ensinar!” E ensino ele a fazer café, ele começa a fazer café e aí a gente passa a se encontrar para tomar café, já mudou o ambiente do atendimento dele [...] E às vezes ele queria chamar outras pessoas, e aí ele começa a se relacionar com outras pessoas no CAPS, a partir disso, quer trabalhar! Então olha como que a vida dele foi ampliada! A minha posição, nos casos que eu acompanhava, era muito de levar meus pacientes para o fazer! [TO.5]

A participante [TO.9] referiu que a partir do fazer e das atividades na relação triádica, estabelece-se novas possibilidades de historicidade para o sujeito a partir de sua singularidade. Sobretudo, além sua suposta categorização diagnóstica, visando a ampliação e integração de seu modo de ser em seu meio social:

[...] eu acho que principalmente para mim, a atividade possibilita a contação de outras histórias que é um marco paradigmático da na Reabilitação Psicossocial, a atividade ela transita nos mais diversos lugares e ela vai possibilitando que o usuário conte histórias de sua vida, outras histórias, as histórias que viveu e as histórias que quer contar a partir do encontro com a gente, com a atividade. Isso para mim é muito saudável e possibilita que um sujeito não seja só seu diagnóstico médico. **Que ele possa experimentar, inclusive, um jeito dele de ser e se relacionar com as coisas, com a comunidade, com outras pessoas além do que ele produz com a gente, esse é ponto!** [...] acho que a gente tem uma potência, no que diz respeito à ambiência, a convivência em cada lugar, **porque nós estamos dispostos a relação através da atividade** [...] [TO.9, grifo nosso]

Redução de Danos

Uma participante destacou que o MTOD contribuiu para instrumentalizar a prática de RD a partir da composição do Diagnóstico Situacional e da relação triádica, destacando as potencialidades do sujeito além do uso de SPA e da suposta crença de abstinência total como objetivo, mas sim a partir das singularidades, desejos e possibilidades do sujeito-alvo:

[...] eu acho que há [...] existem várias linhas teóricas para temática do álcool e outras drogas, mas eu acho que para dentro do MTOD tem algo do Diagnóstico Situacional que a pessoa que usa ou não a droga, é ele que vai contar essa história ali na relação, então a droga ela pode permear absolutamente tudo que o sujeito está fazendo e isso vai acabar aparecendo dentro da relação triádica né? Mas outras coisas também, como, por exemplo, ser mulher e usar droga, ser mulher e ser mãe e usar droga. Além dessa coisa de vai parar ou não vai parar? Então eu acho que o MTOD está para a escuta do usuário, para construção, daquilo que é potente, para a vida dele e às vezes, parar de usar droga não é igual a ser potente, né?! Às vezes ser potente é conseguir sair de casa, e vir para fazer sua atividade sem que a droga esteja, presente naquele momento. Então, dentro dessa relação, não precisa perguntar se uma pessoa está abstinente ou não, porque isso pode ser importante, mas pode não ser importante também, tem outras dores e outras histórias que acometem o sujeito [...] quando você olha para a singularidade e com as possibilidades do sujeito, você não se preocupa tão especificamente com a questão, se usa ou não, se é psicótico ou não é psicótico [...] É diferente quando você faz uma aposta no sujeito e nas suas possibilidades e no que esse sintoma ou que isso apresenta dentro da história desse sujeito [...] e isso tem a ver com o MTOD, porque quando você diz que esse sujeito a partir da sua história, a partir da sua possibilidade de estar ali, na nossa sala, no nosso encontro e a gente vai construir a partir do que ele pode trazer e do que a gente vai fazendo, essas construções e essas associações, para mim fazem super sentido [...] [TO.9]

Nesse sentido, outra participante destacou o quanto a prática a partir do MTOD contribui para o protagonismo do sujeito-alvo em diálogo indissociável com a RD para o fortalecimento do seu poder decisório a partir de suas possibilidades:

[...] não tem como olhar para RD e já não colocar em diálogo com o MTOD [...] eu acho que tem uma dimensão de fortalecer o poder decisório desse usuário [...] nessa perspectiva, de fato estabelecer um plano de cuidado possível a partir das demandas e das necessidades identificadas por aquela pessoa que a gente atende [...] colocando e valorizando no centro da discussão a perspectiva daquela pessoa, daquele sujeito. Eu acho que isso esse foi um aprendizado muito próprio do MTOD [...] [TO.7, *grifo nosso*]

Outra, participante ilustrou o quanto o MTOD dialoga e instrumentaliza a RD a partir do manejo dos Movimentos Dinâmicos da Relação Triádica:

[...] eu acho que é um olhar e o manejo, são como se tivessem encarnados na gente [...] é como você vai manejar nesta dinâmica da relação triádica: como que isso me afeta como terapeuta? Alguém que está muito alucinando, como que isso me afeta? Não tem a ver com a questão das substâncias ou não, entende? Tem muito mais a ver com esta dinâmica do porquê a pessoa chega assim, por que nesse momento? O que isso ressoa? Então, acho que tem mais a ver com essas perguntas, a gente se pergunta para poder ir movimentando dentro dessa dinâmica a possibilidade de sustentação

para que esse indivíduo, esse sujeito possa estar de outra forma e ele possa associar isso na sua própria estrutura, acho que está é questão, talvez como que a gente maneja isso clinicamente, então eu acho que faz super sentido [TO.10]

Função de gestão

Uma participante, destacou contribuições específicas do MTOD para o papel de gestão dos equipamentos da RAPS a partir de sua composição paradigmática, destacando a organização do serviço a partir das necessidades e desejo dos usuários em contraste a um cardápio de atividades pré-estabelecido:

[...] O MTOD me ajuda a pensar [...] não só no campo clínico, mas como gestora também, porque pensar a constituição de um serviço que possa ser aberto para experimentação de materiais do fazer e que a gente possa ter não só uma grade de atividades fechada, mas que a gente possa ter atividades que façam sentido para os usuários que nos procuram. Para mim, isso é atravessado pelo MTOD de alguma maneira porque quando o paciente chega na tua sala ou no teu consultório ele pode escolher o que ele quer fazer [...] [TO.10, *grifo nosso*]

PARTE 4. DISCUSSÃO

CAPÍTULO 8 - DISCUSSÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A maioria das participantes desse estudo caracterizam-se como mulheres cisgêneras, em consonância com o caráter feminista da profissão e aos demais movimentos progressistas, em uma composição crítica e política, na prática, e na construção da profissão (Benetton, 2008, Lima, 2021). Os dados sociodemográficos, também reforçam ou no mínimo denunciam em relação a cor a desigualdade do acesso à formação, sendo que apenas três participantes se declararam como pretas e pardas em um país cuja maioria da população se declara preta ou parda (56,1%) segundo censo (IBGE, 2023).

A maioria das participantes tem entre 41 e 50 anos, além de atuarem ou ter atuado por mais de cinco anos em equipamentos da RAPS, em mais de um equipamento. O que possibilitou o acesso a diferentes experiências, sobretudo por comporem uma grande diversidade de equipamentos, como UBS, CAPS II, III e CAPS AD.

Quanto à região geopolítica brasileira, embora tenha sido realizado esforço para ampla divulgação, da pesquisa, a grande maioria se concentrou no Estado de São Paulo, seguido respectivamente no estado do Ceará, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Neste sentido, os resultados apontam a maior concentração de terapeutas ocupacionais formados no MTOD atuantes no estado de São Paulo.

Quanto à formação das participantes, além da formação clínica no MTOD 11 participantes referiram formação específica em saúde mental. Importante ressaltar que muitas delas referiram a formação no MTOD como uma formação também em saúde mental específica da Terapia Ocupacional, embora ainda não seja reconhecida pelos órgãos oficiais da Terapia Ocupacional, é o único método brasileiro registrado enquanto propriedade intelectual e mais antigo empreendimento de pesquisa em Terapia Ocupacional brasileira (Benetton *et al.*, 2021; Mello, *et al.*, 2024).

Neste sentido, quanto a formação da participante evidenciou-se altamente engajadas na AP e no campo da SMC, demonstrando comprometimento e especialização nessas áreas. Embora apenas duas participantes possuam formação específica em AP, muitas delas têm formação avançada em Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva. A predominância de mestrados e doutorados no campo da Terapia Ocupacional sugere maior aprofundamento na compreensão das práticas da terapia ocupacional na AP.

CAPÍTULO 9 - COMPRESSÕES A RESPEITO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A princípio, objetivou-se explorar as compreensões a respeito da Atenção Psicossocial na perspectiva das participantes para que posteriormente o pesquisador pudesse provocar reflexões a respeito de suas possíveis relações e diálogos com MTOD. Nesse sentido, as participantes apresentaram suas compreensões a respeito da Atenção Psicossocial enfatizando suas principais estratégias de cuidado, sobretudo: a construção de vínculos; cuidado em liberdade, territorializado e em rede; escuta qualificada, humanizada e participação social; perspectiva da clínica ampliada, crítica e política e a composição do cuidado a partir de múltiplos saberes, em consonância com a literatura especializada e políticas públicas orientadoras (Brasil, 2001/2011; Ballarin e Carvalho, 2007; Costa-Rosa, 2013; Onocko-Campos, 2014; Pereira, *et al.*, 2015; Morato, 2019, Shimogui, 2019). Importante destacar que, embora hoje, a Atenção Psicossocial tenha se constituído como paradigma de cuidado e em um conjunto de políticas públicas, para as participantes, a Reabilitação Psicossocial se destacou como a principal estratégia para a prática da Atenção Psicossocial em consonância com publicações que buscaram compreender essa dimensão teórico - metodológica (Guerra, 2004; Ribeiro e Bezzer, 2015; Pitta, 2016; Morato, 2019).

O desenvolvimento histórico e epistemológico da Atenção Psicossocial foi tecido por vários atores que protagonizaram profundas transformações na concepção de como deveria ser o cuidado dirigido às pessoas com experiências de sofrimento psíquico e exclusão social (Pitta, 2011; Amarante, 2018; Yasui, 2011). Nesse sentido, a complexidade territorial, política e social do Brasil, no seu processo de reforma psiquiátrica, propiciou um grande desafio, respondido com muita luta, afeto e criatividade (Pitta, 2011). Para tanto, é possível afirmar que além de importar *know-how* de outras experiências, principalmente da Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana, a partir de nossas singularidades o MRPB desbravou caminhos e estratégias inovadoras, fundamentando-se a partir de uma constituição paradigmática com corpo teórico-técnico e ético-político sustentado por um conjunto de políticas públicas (Venancio, *et al.*, 1997; Brasil, 1990/2001/2004/2011; Merhy, 2002; Pitta, 2011; Chibeni, 2012; Costa-Rosa, 2013; Una-Sus, 2015; Pereira, *et al.*, 2015; Shimogui, 2019; Morato, 2019).

As participantes enfatizaram essas características como essenciais e as qualificaram como pressupostos éticos para a prática da Atenção Psicossocial, com ênfase a construção do cuidado em contextos reais do cotidiano além dos muros institucionais, combatendo o estigma e a exclusão social por meio da promoção ativa de condições para o exercício da cidadania e

acesso a direitos fundamentais aos sujeitos. Ou seja, a prática nesse campo convoca seus atores a uma clínica com perspectiva crítica e política e ampliada, que se apresentam indissociáveis das ações de cuidado (Brasil, 1990/2001/2004/2011; Guerra, 2004; Onocko-Campos, 2014; Pereira, *et al.*, 2015)

A prática a partir de múltiplos saberes na composição desse campo inter e transdisciplinar se evidenciou como uma potência e característica central na superação da lógica médico-centrada para composição do cuidado (Feriotti, 2009). Entretanto, a maioria das participantes evidenciou o atraso na superação, ou talvez resquícios dessa lógica presente ainda nos dias atuais afirmando a existência de práticas médico-centradas no cerne das equipes (GUERRA, 2004). Aliadas a essa questão, também foram evidenciadas contradições sobre as compreensões da Atenção Psicossocial e suas estruturas, assim como o risco de reproduzir a lógica manicomial de outrora, ou até mesmo existência de um discurso ideológico militante vazio, sem concretude real, principalmente para as pessoas que precisam dessa rede (Guerra, 2004).

Em diálogo direto com os fenômenos explorados por essa pesquisa, sobretudo pela prática específica da terapia ocupacional na Atenção psicossocial foi referido ausência de terapeutas ocupacionais nos equipamentos e nas equipes. Dada a relevante contribuição da profissão para Atenção psicossocial, esse campo sem terapeutas ocupacionais teria sua mesma potencialidade? Evidentemente não. Em primeira pessoa, o pesquisador desta pesquisa presenciou em seu cotidiano os impactos dessa precarização, quando foi iniciado esse estudo o pesquisador compartilhava sua prática com mais de quatro terapeutas ocupacionais na equipe. Hoje, é o único terapeuta ocupacional do serviço com uma residente e duas estagiárias, sendo um dos poucos que ainda trabalham na rede, devido aos sistemáticos cortes no financiamento, o que também gerou a redução de salário de novos profissionais, comprometendo o processo de trabalho devido às condições precárias impostas aos trabalhadores, em especial dos equipamentos de saúde mental (CMSC, 2024). Embora essa situação esteja sendo discutida, arduamente no Conselho Municipal de Saúde de Campinas (CMSC) essa pauta tem pouca ressonância nas instancias administrativas dos gestores de saúde, com o coletivo dos trabalhadores enfraquecido, principalmente devido às influências do contexto estadual e federal na precarização do SUS (Morosini, 2016) principalmente serviços de saúde mental (Santos *et al.*, 2023) o problema da precarização do trabalho, potencializa a precarização da assistência (CMSC, 2024).

Em particular, a Terapia Ocupacional vivencia um aquecimento de mercado voltado para a atenção ao público infantojuvenil, especialmente com o fenômeno da “indústria do autismo” (Ricci *et al.*, 2023; Unifor, 2024). Muitas instituições têm oferecido salários mais altos em comparação aos oferecidos pelo SUS e suas conveniadas terceirizadas. Nesse contexto, diante da escassez de terapeutas ocupacionais para ocupar os diferentes equipamentos, observa-se a crescente ausência desses profissionais.

São inegáveis os avanços conquistados para o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico ao longo de mais de 50 anos do início do processo da RPB em que avançamos enquanto política pública e campo técnico assistencial constituindo uma rede de serviços substitutivos ao manicômio - a RAPS. No entanto, uma das tônicas apresentadas pelas participantes e assumidas neste trabalho como compromisso ético e político, foram as dificuldades e desafios de se atuar na Atenção Psicossocial devido às precariedades, ausência e/ou deficiência de políticas públicas que implicam em um atravessamento em todo o projeto técnico assistencial além da própria prática da terapia ocupacional na Atenção Psicossocial, como também, para os demais núcleos que constituem esse campo. E nesse sentido, assumimos essa perspectiva a partir da terapia ocupacional, de terapeutas ocupacionais que trabalham com o MTOD, profissionais que também protagonizaram a constituição da própria Atenção Psicossocial, em resposta aos objetivos desta pesquisa, evidenciou-se o posicionamento e o legado histórico na composição desse campo por essas profissionais participantes que atuam a partir desse referencial teórico-metodológico.

Em consonância com o que foi evidenciado pelas participantes que atuam e atuaram em diferentes localidades do Brasil, (Sampaio e Bispo Junior, 2021), um dos grandes desafios para a constituição e efetivação da RAPS, se dá a partir da deficiência e/ou ausência de políticas públicas e a precariedades das RAPS sobretudo no processo de financiamento dos equipamentos, que acabam funcionando a margem de seus objetivos, precarizando também o processo de trabalho a partir de terceirizações pautadas na lógica capitalista como também serviços totalmente públicos, porém ineficientes, em que atividades essenciais não são realizadas por falta de recursos humanos e logísticos, prejudicando a composição do cuidado em diversos, níveis, seja local, ou nas ações intersetoriais (Guerra, 2004, Sampaio e Bispo Junior, 2021; Costa e Silva, 2024)

Uma participante provocou uma reflexão quanto a dificuldade ideológica da RPB sensibilizar a sociedade, na camada cultural, assim como seu reflexo na composição da RAPS refletindo em uma dificuldade também em estabelecer o diálogo com a assistência social

(SUAS), em consonância com relatório exposto no documento da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS (Brasil, 2015) e da pesquisa de revisão entre os desafios da articulação intersetorial entre à saúde e Assistência social realizada por Santos *et al.*, (2021) em que revelou um panorama amplo e heterogêneo das experiências entre saúde e assistência social, marcadas por desafios institucionais e operacionais de experiências isoladas e verticalizadas. Nesse sentido, intersetorialidade, essencial para a formulação de políticas públicas, enfrenta obstáculos significativos, especialmente na integração entre saúde e assistência social.

Nesse sentido, as participantes evidenciaram e, de certa forma, denunciaram a desigualdade e o contraste entre as diferentes regiões do Brasil, em que mesmo em 2023 ainda vivem a realidade da inexistência de serviços essenciais como CAPS III, CECOS e serviços de geração de renda tendo a centralidade ainda em hospitais psiquiátricos. Desta forma, várias questões se apresentam a reflexão sobre o processo da RPB, e a constituição da Atenção Psicossocial enquanto política pública. Questiona-se, considerando suas leis, políticas públicas e todo arcabouço teórico metodológico, em diferentes localidades do Brasil temos diferentes níveis e/ou reformas psiquiátricas? A literatura evidencia que sim, a partir dos vazios assistenciais em diferentes regiões do Brasil (Macedo *et al.*, 2017; Almeida, 2019; Dimenstein *et al.*, 2021)

[...] detectou-se a existência de vazios assistenciais em saúde mental em certas regiões do país que, com exceção de alguns dispositivos da atenção primária, não contam com nenhum outro ponto da RAPS ou possuem estrutura condizente com o padrão mínimo esperado em termos de cobertura nos territórios de saúde. Esse é um aspecto preocupante do processo de expansão, regionalização e interiorização da RAPS, considerando as paradas e os obstáculos para seguir rumo à perspectiva de universalizar a cobertura em saúde mental no país (Macedo *et al.*, 2017, p.168)

Nesse sentido, qual o caminho a seguir? Se nem mesmo a RPB foi instituída em sua totalidade, devemos iniciar uma nova reforma? Uma reforma da reforma? Como nos apresentou Campos (1997) em sua tese: A reforma da reforma, repensando a saúde? Essa discussão, em alguma medida, não é inédita e, portanto, assumo, a postura de trazê-la novamente em cena, pois não podemos nos furtar a refletir e pensar suas implicações nas práticas cotidianas e nas reais possibilidades de construir um cuidado humanizado em liberdade de qualidade e gratuito, no âmbito do SUS. Sobretudo, após o enfraquecimento dos movimentos dos trabalhadores e participação social, alavancado principalmente pelo governo golpista de 2016 e o catastrófico

Governo Bolsonaro 2019-2022 (Sampaio e Bispo Junior, 2021; Costa e Silva, 2024) em que ainda hoje, lidamos com suas sequelas.

Lima *et al.*, 2023, nos apresenta que

[...] o quadro político apresenta-se como desfavorável ao processo reformista e progressista, pela implantação contundente de uma agenda governamental de extrema direita, a qual privilegia o modelo psiquiátrico clássico, com ênfase em tratamentos individuais fármaco-biológicos e a revalorização sobre o financiamento de serviços privados em oposição aos Caps (p. 223).

Talvez precisemos nos organizar em um novo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, de forma diferente encontrar, ou, mais provavelmente, construir um novo caminho para transformar essa realidade. Quem vai iniciar? Ou continuar? Essa é uma resposta que precisa ir além das pesquisas, além da academia e emergir da organização coletiva dos profissionais, usuários e familiares que integram esse campo e eclodir de seus cotidianos para uma nova reforma!

CAPÍTULO 10 - O “DNA” DA TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Ao contrário dos colegas do norte, as brasileiras têm sido bastante ativas e arrojadas no processo de desospitalização, da mesma forma como estão empenhadas em investir em programas na comunidade (Benetton, 1993/2016).

Durante as entrevistas, foi feito um exercício por meio do roteiro de entrevista de tentar explorar as contribuições da Terapia Ocupacional de forma geral na AP sem associar a princípio, o referencial teórico metodológico do MTOD. No entanto, de forma abduativa emergiu-se o entrelaçamento desses temas. Principalmente quanto às dificuldades e desafios da Terapia Ocupacional na AP.

A Terapia Ocupacional e Atenção Psicossocial historicamente sempre estiveram próximas (Shimoguirí; Costa-Rosa, 2017; Morato; Lussi, 2018; Ricci, Marques, Marcolino, 2018; Morato, 2019; Mazaro *et al.*, 2021). Não seria exagero, tampouco ousadia, afirmar que a Terapia Ocupacional juntamente com os demais núcleos ajudou a construir a Atenção Psicossocial brasileira como a conhecemos hoje, seja a partir da participação direta de profissionais, do compartilhamento teórico prático e na participação ativa do movimento da luta antimanicomial, suas práticas estão inseridas no cerne de seu arcabouço teórico metodológico como um código DNA. Afirmer esse fato histórico é um compromisso ético não só de terapeutas ocupacionais, mas de todos os profissionais que compõem esse campo. Sobretudo, na e para a operacionalização das estratégias de Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial (Benetton, 1993/1994).

Em consonância com Shimoguirí e Costa-Rosa (2017) e Morato e Lussi (2018) ao referirem sobre a Terapia Ocupacional na Atenção psicossocial, as participantes apresentaram relevantes contribuições para suas práticas de campo, sobretudo destacando o papel histórico da terapia ocupacional na participação ativa no movimento da RPB. Elas compartilharam suas próprias trajetórias enquanto personagens dessa história, como por exemplo, a atuação de uma participante no primeiro CAPS do Estado de SP e do Brasil, outra que militou conjuntamente com Carrano, escritor que inspirou o filme “O bicho de sete cabeças”. Concomitante, Jô Benetton e Sonia Ferrari foram citadas pelas participantes como personagens que também contribuíram para a composição da Reforma Psiquiátrica Brasileira, juntamente com o CETO, enquanto instituição, destacando seu papel formativo em um período chave de efervescência de

mudanças, formando e supervisionando importantes terapeutas ocupacionais, hoje referências no campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Cardinalli, 2016; Benetton, *et al.*, 2021, Albino *et al.*, 2024, no prelo).

Em 1993, Jô Benetton publicou seu artigo: *A reabilitação Psicossocial e a Terapia Ocupacional: uma Relação Possível?*, que foi o único artigo de uma terapeuta ocupacional publicado em 1993 em um dos principais e primeiros livros nacionais, “Reabilitação Psicossocial no Brasil”, organizado por Ana Pitta, que reuniu, na época, os principais autores nacionais em diálogo direto com seu principal expositor, Benedetto Saraceno. Benetton (1993/2016) já nos instigava a refletir sobre essa relação não só afirmando seus diálogos, mas a partir de um olhar crítico em que provocou questionamentos epistemológicos a respeito da Reabilitação Psicossocial, com destaque para sua relação de poder, implícita a sua prática coletiva como um campo, questionando possíveis contradições históricas, inclusive na nomenclatura, propositivamente sugerindo sua mudança (Benetton, 1993/2016)

Ando às voltas com o avanço da Terapia Ocupacional. Por um lado, quase como mecanismo de reação tenho procurado a especificidade deste campo, em contraposição ao puro e simples movimento de adaptação a projetos de saúde. Por outro lado, a especificidade é que vai qualificá-la de social e, portanto, passível de transmissão. Creio que em todos os lugares onde a Terapia Ocupacional é respeitada, ela poderá em cordial interdisciplinaridade, cumprir os propósitos da Reabilitação Psicossocial (p.188).

A partir do exposto, destaca-se que operacionalização dos objetivos da Atenção Psicossocial, principalmente as estratégias de Reabilitação Psicossocial foram citadas pelas participantes associando a indissociabilidade da Terapia Ocupacional nessa composição a partir de contribuições específicas de suas especificidades com enfoque para as atividades cotidianas, dos sujeitos atendidos à promoção de cidadania a ampliação do seu cotidiano como características singulares da Terapia Ocupacional. Nesse sentido, em diálogo com Benetton (1994), ela indica compreender a Terapia Ocupacional como instrumento nas ações da Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial. No entanto, podemos afirmar que a Terapia Ocupacional tem seu lugar reconhecido e validado nesse campo? De certa forma sim e não.

Apesar dessa relação apresentar-se de forma profícua. Há dificuldades mencionadas e problematizadas pelas participantes sobre as dificuldades de atuação na Atenção Psicossocial de forma genérica a todos os outros núcleos, representadas pelas precariedades, ausência e /ou

deficiência de políticas públicas. No entanto, as participantes relataram que a partir de suas práticas o MTOD ofereceu, em alguma medida, respostas concretas a várias dificuldades descritas pela literatura sobre a atuação da terapia ocupacional na RAPS.

Segundo Juns e Lancman (2011) e Morato (2019), a prática em terapia ocupacional no campo da Atenção Psicossocial é permeada de ambiguidades, entre elas a fragilidade na identidade, dificuldades para comunicar as ações, nomear e qualificar o raciocínio clínico. As participantes referiram tais dificuldades, antes da formação do MTOD, e posteriormente superadas a partir de suas trajetórias e práticas. Nesse sentido, é possível afirmar que a formação e a prática no MTOD podem contribuir também para os fenômenos internos da prática entre núcleo e campo da Terapia Ocupacional na Atenção Psicossocial.

A partir dessa pesquisa, evidencia-se que as dificuldades da Terapia Ocupacional na Atenção Psicossocial, concomitante as precariedades do campo as questões internas da profissão também se refletem na intersecção com o campo “há um tipo de exclusão na Terapia Ocupacional que os próprios terapeutas ocupacionais colocam à mostra” (Benetton, 1993/2016). Para tanto, se faz pertinente também ousar a hipótese de que a ausência de um referencial teórico metodológico próprio de núcleo, na prática de terapeutas ocupacionais na Atenção Psicossocial enquanto campo, favorece a existência de dificuldades, ambiguidades e fragilidades na prática profissional, sendo necessário a realização de pesquisas que possam explorar profundamente esse fenômeno.

Uma participante referiu a importância do diálogo entre os próprios terapeutas ocupacionais em diferentes contextos, seja no técnico assistencial ou acadêmico valorizando a diferença e a riqueza de diferentes perspectivas na composição da especificidade da profissão, afirmando que essa falta de diálogo desfavorece nosso desenvolvimento científico profissional. Talvez, essa também possa ser uma pista, de como nosso núcleo profissional possa desenvolver-se internamente, buscando o aprofundamento de diferentes perspectivas na composição de novos referenciais teóricos metodológicos que sustentem a prática e o raciocínio clínico em terapia ocupacional.

CAPÍTULO 11 - RELAÇÕES POSSÍVEIS ENTRE O MTOD E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - UM ENTRELAÇAMENTO INEVITÁVEL DE UMA DUPLA DINÂMICA.

Em resposta ao título desta dissertação: sim é possível uma relação entre o MTOD e Atenção Psicossocial. Na verdade, são possíveis muitas relações! Esta pesquisa evidenciou que a prática de terapeutas ocupacionais sustentando pelo MTOD na Atenção Psicossocial instrumentaliza as ações em terapia ocupacional na Atenção Psicossocial, tal como Benetton defendeu em sua Tese: *A Terapia Ocupacional enquanto instrumento nas ações de Saúde Mental* (Benetton, 1994). Essa afirmação não vem somente da prática, mas também do entrelaçamento teórico e epistemológico de constituição do MTOD e da Atenção Psicossocial. Jô Benetton, foi uma das primeiras terapeutas ocupacionais brasileiras a discorrer teoricamente a intersecção entre a Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial no Brasil (Albino, *et al.*, 2024, no prelo) em 1993 em seu artigo “*Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível?*” Benetton assentou as bases para um diálogo teórico, epistemológico e metodológico, crítico, oferecendo à Terapia Ocupacional papel de destaque nessa relação, contribuindo também para o desenvolvimento da Atenção Psicossocial (Costa-Rosa *et al.*, 2003; Albino *et al.*, 2024, no prelo). As participantes desta pesquisa afirmaram que o desenvolvimento epistemológico do MTOD e da Atenção Psicossocial possuem uma importante relação, pois compartilharam o mesmo contexto histórico. Segundo Albino *et al.*, 2024 (no prelo), o processo de desenvolvimento do MTOD está entrelaçado ao desenvolvimento da Atenção Psicossocial no Brasil, e nesse sentido, partilharam um contexto de reforma, impulsionado principalmente pela efervescência do Movimento da RPB caracterizado, sobretudo pela mudança do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocentrico Medicalizador (PPHM) para o Paradigma Psicossocial, na época ainda pautado, sobretudo, nas estratégias de Reabilitação Psicossocial (Venancio *et al.*, 1997; Costa-Rosa, 2013)

Paralelamente, o Método Terapia Ocupacional Dinâmica foi desenvolvido como um importante referencial teórico metodológico específico da Terapia Ocupacional, sustentando no paradigma da Terapia Ocupacional integrada na e para a prática, em que o enfoque está na saúde, na inserção e participação social e não na supressão de sintomas (Benetton, 2003, Benetton, *et al.*, 2021; Mello, *et al.*, 2024). Desta forma, contribuindo ativamente com o próprio desenvolvimento e instrumentalização da Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial no Brasil (Benetton, 1993; 1994; Quintino, 1998; Pinto, 1998; Cunha, 2005; Colato, 2010; Sousa,

2010; Maximino, 2008; Ceccato *et al.*, 2007; Melo, 2007; 2010; Marcolino, 2018; Benetton *et al.*, 2022; Albino *et al.*, 2024, no prelo).

As participantes afirmaram a existência de diálogos epistemológicos entre o MTOD e a AP enfatizando as contribuições da trajetória profissional de Benetton atrelada ao processo de construção do MTOD, do CETO enquanto instituição de referência na formação de Terapeutas Ocupacionais para saúde mental de forma inovadora em meio aos processos de RPB e a criação da AP (Albino *et al.*, 2024, no prelo).

As participantes realizaram associações entre os principais conceitos operativos do MTOD e da Atenção Psicossocial a partir de exemplos práticos de intersecções potenciais. Entre os conceitos de saúde e de clínica ampliada, as(os) participantes destacaram o diálogo com o MTOD, valorizando sua concepção de saúde e de sujeito e em que o MTOD enfatiza a posição protagonista do sujeito na relação de cuidado, permitindo que ele atue na definição do que considera saudável para si, em vez de se limitar a métricas normativas (Benetton, *et al.*, 2021). Desta forma, favorece a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um instrumento de cuidado alinhado aos desejos, possibilidades e necessidades do sujeito (Pereira *et al.*, 2015; Benetton *et al.*, 2021). O diagnóstico situacional, com sua característica dinâmica e ampliada, transcende a concepção diagnóstica tradicional, na qual a doença não é o foco, mas sim o sujeito e suas potencialidades (Benetton, *et al.*, 2021). A prática de Redução de danos em sintonia com as necessidades e desejos dos sujeitos alvos se apresentaram compatíveis, uma vez o que o MTOD também irá trabalhar na perspectiva do desejo dos sujeitos a partir de uma Clínica Ampliada e Compartilhada, ou seja não irá focar na supressão de sintomas ou abstinência total. As participantes evidenciaram aproximações teóricas e metodológicas (Pereira, *et al.*, 2015; Lancetti, 2015).

Quanto à prática da Terapia Ocupacional em equipamentos da RAPS, ao abordar as práticas cotidianas dos profissionais, a literatura evidencia a emergência de temáticas como a especificidade e a identidade profissional atreladas a questões elementares como a definição de Terapia Ocupacional acompanhadas de notáveis dificuldades em nomear suas ações (Juns E Lancman, 2011; Morato, 2019). Fenômeno já enunciando por Benetton (1994) em que destacou problemática consonantes “*temas da Terapia Ocupacional são abordados de tal forma que convocam em torno de si próprios duas ou três abordagens teóricas [...] dando a impressão de construir uma interdisciplinaridade*” (p. 2). Desta forma, a autora chama a atenção para a criação de teorias e práticas que advêm da migração de outros campos do saber para a terapia ocupacional, produzindo muitas vezes “*conexões estéreis*”, ocasionando confusões em diversos

níveis da prática. Sobretudo, pela falta de clareza na transmissão de um saber específico *“pairando sempre sobre nossas cabeças questões como o que é Terapia Ocupacional? Ou o que faz uma terapeuta ocupacional?”* (Benetton, 1994).

Em resposta a essa problemática, as participantes afirmaram que o MTOD contribui/contribuiu de forma específica, sobretudo relacionado aos fenômenos do campo com destaque para a constituição de raciocínio clínico, fortalecimento e empoderamento profissional a partir da sua identidade enquanto terapeutas ocupacionais. Principalmente na operacionalização do cuidado fornecendo *know-how* para ampliação e/ou construção do cotidiano e inserção social a partir dos movimentos dinâmicos da relação triádica, em diálogo com o PTS e demais práticas interdisciplinares norteando o *como fazer*. A partir de uma linguagem específica *“capaz de agir como estrutura”* para as elaborações das situações empíricas, de modo a possibilitar a transmissão do conhecimento e, conseqüentemente, sustentar o raciocínio clínico” (Marcolino, 2013, p. 105).

Parafraseando Jô Benetton (1993/2016):

tenho procurado a especificidade deste campo, em contraposição ao puro e simples movimento de adaptação de projetos da saúde. Por um lado, a especificidade é que vai qualificá-la de social e, portanto, passível de transmissão. Creio que em todos os lugares onde a Terapia Ocupacional é respeitada, ela poderá, em cordial interdisciplinaridade, cumprir os propósitos da Reabilitação Psicossocial [...] (p.188).

Atualizando, a partir desse estudo, propomos: *em todos os lugares e em diferentes equipamentos da RAPS onde a Terapia Ocupacional seja valorizada e respeitada, ela poderá, em cordial interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, cumprir os propósitos da Atenção Psicossocial sem que para isso tenha que sacrificar sua especificidade em detrimento de um modelo, projeto ou campo de conhecimento.*

Essa perspectiva se fundamenta na prática de terapeutas ocupacionais que utilizam o MTOD, potencializando e instrumentalizando os objetivos da Atenção Psicossocial, fornecendo *know-how* para o campo, ao contrário da concepção dicotômica, que se mostra limitada, entre núcleo e campo, um dos fenômenos e/ou embrolhos que essa pesquisa também se propôs a discutir. Neste estudo, evidenciou-se que o MTOD promove uma articulação não dicotômica entre as práticas de núcleo e de campo, sugerindo a proposição de que uma prática de núcleo bem sistematizada (como se apresentou o MTOD) pode expandir-se, colaborar e fortalecer as práticas de campo sem perder sua identidade, ou metaforicamente *“se perder em alto mar”*. O *“mar”*, seria o campo da saúde mental e o *“barco”*, o núcleo da terapia Ocupacional. Pensamos

que dificilmente se pode “navegar em alto mar” sem a estrutura de um bom e equipado “navio”, a não ser que se esteja a bordo de “embarcações alugadas” ou “clandestinas”. Ou seja, referenciais emprestados ou até mesmo incompatíveis, sob o risco de gerar práticas iatrogênicas (Benetton, 1994).

No entanto, enfatizamos que esta proposição não significa que novos conhecimentos e práticas não possam derivar desse encontro. Para além de um campo fechado ou de uma “ilha solitária”, e ainda na metáfora do navio e do mar, um navio bem equipado pode também descobrir e/ou construir novos lugares de acordo com seus objetivos. Em termos epistemológicos, a construção do raciocínio clínico do MTOD na Atenção Psicossocial a partir da prática das participantes, se apresentou em sintonia com a perspectiva da Clínica Ampliada e Compartilhada (Brasil, 2009) e com o conceito de “doença entre parênteses”, enunciado por Franco Rotelli (1990) em Instituição Inventada. Favorecer processos inter e transdisciplinares não dicotômicos entre o MTOD e AP, ampliam integrações e potentes diálogos, tal como Stengers (2022) propôs a partir da "ecologia das práticas" a criação de espaços em que práticas e teorias possam se "encontrar" sem reduzir uma à lógica da outra. Por fim, conclui-se que a prática do MTOD na Atenção Psicossocial atua potenciando tanto o núcleo, como o campo.

A partir do referencial teórico metodológico do MTOD em diálogo com os pressupostos da AP as participantes resgataram diferentes momentos de suas trajetórias enfatizando o quanto o MTOD as instrumentaliza, considerando uma variedade de equipamentos da RAPS, evidenciando a dinamicidade e flexibilidade da aplicabilidade do MTOD em diferentes contextos (Benetton, *et al.*, 2021).

A perspectiva ampliada do MTOD, fundamentada nos movimentos dinâmicos da relação triádica e do quarto termo, principalmente da realização de atividades, foi referida como facilitadora na composição do cuidado e na superação das estruturas institucionais e arquitetônicas dos equipamentos da RAPS. Além disso, desafia a concepção diagnóstica clássica, permitindo construção de processos de ampliação e construção de cotidianos, espaços de saúde, participação e inserção social, conectando territórios existenciais e comunitários em sintonia com a proposição de Jô Benetton: “Priorizar o social em Reabilitação Psicossocial implica sair de centros de reabilitação, de hospitais e de Oficinas Abrigadas para criar espaços de intervenção na própria comunidade” (Benetton p. 184, 2016).

Montenegro e Marcolino (2023) em estudo sobre a prática do MTOD na AP, também evidenciaram essa perspectiva, ao apresentarem uma experiência onde a prática da terapia ocupacional orientada pelo MTOD na AP a compreensão de território como algo vivo e

dinâmico, que envolve suas dimensões físicas e relacionais, visto não apenas como um local geográfico, mas como um cenário contínuo de relações e práticas sociais que compõe o cotidiano. Essa perspectiva está alinhada com a literatura da Atenção Psicossocial conceitos operativos, como clínica ampliada, intersetorialidade e territorialidade e reabilitação psicossocial (Venancio *et al.*, 1997; Brasil, 2001/2004/2011; Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003; Ballarin e Carvalho, 2007; Costa-Rosa, 2013; Pereira, *et al.*, 2015; Pitta, 2016; Amarante, 2018; Morato, 2019, Shimogui, 2019, Morato, 2019).

Para tanto, convidamos a reflexão, Nascimento (1990)

A intervenção técnica centrada na atividade laboratorial (a marcenaria, a pintura, etc.) ou na relação terapêutica opera uma divisão entre o técnico e o político que só beneficia a própria técnica porque a exime de assumir outras responsabilidades. E tranqüila, artificialmente a nossa consciência (p. 21)

Essa afirmação parte do clássico e polêmico artigo “*O Mito da Atividade Terapêutica*” em que, embora se apresente de forma crítica, está igualmente limitada. A prática orientada pelo MTOD aprofunda a compressão e responde a esse problema a partir de uma perspectiva igualmente crítica, política e ampliada na qual é possível afirmar que a prática na AP visa a inserção social dos sujeitos-alvo e de coletivos, fundamentando-se em seus cotidianos e territórios comunitários, ou seja, em espaços reais de vida como uma ética de cuidado pautado no exercício de cidadania a partir dos movimentos dinâmicos da relação triádica, mas para a pessoa poder se conhecer e se fazer conhecida, ampliando suas possibilidades na vida. Nesse sentido, não há dicotomia entre núcleo e campo, clínica e política, teoria e prática tal como o campo da Atenção Psicossocial e SMC nos convoca (Venancio *et al.*, 1997; Campos, 2000; Brasil, 2001/2004/2011; Lancetti, 2004; Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003; Ballarin e Carvalho, 2007; Costa-Rosa, 2013)

Nesse sentido,

[...] o processo terapêutico se sustenta no que é vivido (ser, sentir e se relacionar) e o significado do que foi vivido na relação triádica (terapeuta ocupacional, sujeito-alvo e atividades), nas experimentações de atividades com a (o) terapeuta ocupacional, em uma relação dinâmica e potencial (Marcolino, 2018, p.106).

E, portanto, pensando em uma prática emancipatória, é

[...] por meio dessa significação que o sujeito alvo, como cidadão, toma em suas mãos seu jeito de ser, para impor a sociedade que o receba desse jeito mesmo e que não precise esperar pela mudança social para nela se inserir. Nesse sentido, ele mesmo se torna agente dessa mudança (Benetton e Marcolino, 2010, p.650).

Quanto às dificuldades do MTOD na Atenção Psicossocial, as participantes destacaram as precariedades e deficiências no processo de trabalho e nas políticas públicas de forma genérica, não sendo uma questão específica do MTOD, mas sim do contexto. Uma importante reflexão se apresenta nesse sentido, pois muitas das dificuldades que a literatura destaca da Terapia Ocupacional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial foram experienciadas pelas participantes antes da formação do MTOD.

Concluimos, afirmando que, o MTOD e todo seu arcabouço teórico metodológico a partir das práticas das participantes se apresentou transcender a simples ideia de execução de instruções sequenciais ou protocolares “encaixotadas” e sim, ações dinâmicas e abertas as situações e singularidades de cada terapeuta, sujeito, relação e história, na e para composição de novas histórias e sentidos em direção a saúde, a inserção, inclusão e participação social de forma livre e criativa, pois essa é premissa do MTOD.

Cada Terapeuta Ocupacional deve pensar a sua forma de aplicar o método, não sou eu que vou dizer isso. Posso dizer, como é o método: conceitos, técnicas, etc. Mas considerando cada um, de forma personalizada em seu modo de ser. E, em qualquer área clínica! Não determinada pela medicina, mas pela Terapia Ocupacional (Benetton, 2015).

PARTE 5. CAPÍTULO 12 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resposta ao questionamento que intitula esta dissertação, confirma-se que é possível estabelecer relações entre o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) e a Atenção Psicossocial (AP), com múltiplas convergências entre esses referenciais. A presente pesquisa evidencia que a prática de terapeutas ocupacionais fundamentada pelo MTOD na AP instrumentaliza as intervenções em Terapia Ocupacional no âmbito da Atenção Psicossocial, corroborando a tese de Benetton (1994), que defende “*A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental*”. Essa constatação decorre tanto da prática clínica quanto da análise teórica e epistemológica das bases constitutivas do MTOD e da AP.

Os resultados obtidos a partir da análise temática das entrevistas em profundidade, em diálogo com a literatura especializada, respondem às perguntas norteadoras desta pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento técnico, científico, político e cultural da Terapia Ocupacional. Além disso, reforçam a importância do MTOD e da AP na construção de práticas emancipatórias em Saúde Mental Coletiva (SMC) no âmbito do SUS, estimulando reflexões sobre a evolução do conhecimento na área.

A AP pode ser compreendida como paradigma, campo de atuação e política pública para a Saúde Mental Coletiva, exercendo papel estruturante no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Enquanto modelo assistencial, busca expandir o conceito de cuidado para além da remissão sintomática, integrando dimensões subjetivas e sociais por meio de dispositivos como acolhimento, vínculo, Projeto Terapêutico Singular (PTS), clínica ampliada, redução de danos, intersetorialidade e territorialidade. Nesse contexto, a Terapia Ocupacional assume um papel ativo nas transformações do campo da Saúde Mental, compondo equipes multiprofissionais em diferentes dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Por outro lado, a valorização da interdisciplinaridade e das práticas comunitárias em prol da autonomia e cidadania tensiona as discussões sobre clínica e as contribuições específicas das diferentes categorias profissionais, incluindo a Terapia Ocupacional. Voltado para a construção de conhecimento teórico-prático específico para a profissão, o MTOD, desenvolvido desde a década de 1970 por Jô Benetton e colaboradoras, constitui-se como um referencial teórico-metodológico que confere ao terapeuta ocupacional a possibilidade de pensar e atuar criativamente em diferentes contextos. Sua estrutura conceitual permite considerar as singularidades dos sujeitos e coletivos, articulando-se por meio da relação triádica entre terapeuta ocupacional, sujeito-alvo e atividades.

Os processos de intervenção sustentados pelo MTOD operacionalizam-se pela composição do diagnóstico situacional, pelo manejo dos movimentos dinâmicos da relação triádica, pela construção de novos sentidos via análise das atividades e pela ampliação de espaços de saúde, cotidiano e inserção social. Dessa forma, o MTOD favorece a integração entre práticas de núcleo e de campo, sugerindo que uma prática de núcleo bem sistematizada pode fortalecer as ações interdisciplinares e transdisciplinares sem perder sua identidade profissional.

Esta pesquisa buscou compreender as relações entre o MTOD e a AP a partir do discurso de profissionais que aplicam ambos na prática. Com isso, limitou-se à exploração do conteúdo específico dessas práticas. Embora os objetivos propostos tenham sido alcançados, a pesquisa gerou um grande volume de dados, especialmente sobre as condições de trabalho na RAPS. Esses dados foram metodologicamente sintetizados, pois se mostraram indissociáveis dos objetivos do estudo.

Além de servir de base para pesquisas futuras que utilizem o MTOD na Atenção Psicossocial e na SMC no SUS, este estudo apresentou pontos a serem aprofundados, tais como a necessidade de investigações sobre os aspectos históricos e epistemológicos entre a Terapia Ocupacional, o MTOD e a AP de forma sistematizada.

A pesquisa permitiu aprofundar o debate sobre a convergência entre o MTOD e a AP em conceitos como clínica ampliada, PTS, diagnóstico situacional, redução de danos e trilhas associativas. As dificuldades e desafios apontados estão mais relacionadas à fragilidade da implementação das políticas públicas do que a incongruências entre o MTOD e a AP. Assim, esta pesquisa contribui para a compreensão de como o MTOD pode potencializar a operacionalização dos objetivos da AP, reforçando sua dinamicidade e flexibilidade em diferentes contextos.

Por fim, ressalta-se que este estudo apresenta contribuições significativas para o avanço do conhecimento em Terapia Ocupacional, MTOD e AP frente aos desafios históricos e contemporâneos da profissão.

REFERÊNCIAS

- ALBINO, J. P. C. *et al.* Mãos que moldam a terra e tecem redes de afetos: experiência pedagógica em terapia ocupacional. In: II Encontro de Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, 2016, São Paulo. Anais eletrônicos. Campinas, 2016. Disponível em: <https://proceedings.science/esm-2016/trabalhos/maos-que-moldam-a-terra-e-tecem-redes-de-afetos-experiencia-pedagogica-em-terapi?lang=pt-br>. Acesso em: 25 jun. 2024.
- ALBINO, J. P. C.; MELLO, A. C. C. de; MARCOLINO, T. Q. Liderança e inovação na construção de conhecimento na terapia ocupacional brasileira: um estudo biográfico-documental da trajetória profissional de Jô Benetton. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. No prelo. Artigo submetido para o número especial: "Liderança e inovação do conhecimento em terapia ocupacional", 2024.
- ALMEIDA, D. T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, n. 36, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000030>. Acesso em: 4 abr. 2021.
- ALMEIDA, J. M. C. D. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, p. e00129519, 2019.
- AMARANTE, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- AMARANTE, P. O homem e a serpente: outras histórias para a psiquiatria e a loucura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 142 p.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online], v. 1, n. 1, pp. 61-77, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701994000100006>. Acesso em: 14 fev. 2021.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, jun. 2018.

ARAÚJO, Angélica da Silva. Construções teóricas sobre o raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais experts que utilizam o Método Terapia Ocupacional Dinâmica. 2022. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/15902>.

ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013. 255 p.

Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). O que é redução de danos? 2010. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: 16 out. 2024.

BALLARIN, M. L. G.; CARVALHO, F. B. Considerações acerca da reabilitação psicossocial: aspectos históricos, perspectivas e experiências. In: CAVALCANTE, A.; BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2015. 288 p.

BENETTON, J. A narrativa clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Revista CETO*, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 4-8, 2012.

BENETTON, J.; FERRARI, S. M. L. Editorial. *Revista CETO*, n. 5, 2000. Disponível em: <https://ceto.pro.br/revista2000/>.

BENETTON, M. J. A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental. 1994. 190 f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1994.

BENETTON, M. J. *Além da opinião: uma questão de investigação para a historicização da Terapia Ocupacional*. *Revista CETO*, ano 9, n. 9, p. 04-08, 2005

BENETTON, M. J. Atividades: tudo o que você quis saber e ninguém respondeu. *Revista CETO*, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 26-29, 2008.

BENETTON, M. J. *et al.* Hábitos cotidianos e Terapia Ocupacional. *Revista do CETO*, v. 8, 2003..

BENETTON, M. J. *et al.* Método Terapia Ocupacional Dinâmica. In: OLIVEIRA, A. M. *et al.* (Ed.). *Terapia Ocupacional em Neuropsiquiatria e Saúde Mental*. 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. p. 370-377.

BENETTON, M. J. et al. Terapia Ocupacional. *Revista Temas – Teoria e Prática do Psiquiatra do Grupo de Estudos Psiquiátricos do Hospital do Servidor Público Estadual*, Ano I, n. 2, Dez. 1971.

BENETTON, M. J. et VARELA, R. C. B. Eleanor. Clarke Slagle. *Revista do CETO*, n. 6. São Paulo: CETO - Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.

BENETTON, M. J. *Método da Terapia Ocupacional Dinâmica* (entrevista). 2015. CREFITO-3. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=DNZZY7xnbCM>. Acesso em: 28 fev. 2024.

BENETTON, M. J. *O encontro do sentido de cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados*. *Revista CETO*, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 32-39, 2010.

BENETTON, M. J. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: Uma relação possível? In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 183-191.

BENETTON, M. J. *Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo: Lemos Editora, 1991. 115 p.

BENETTON, M. J. *Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à Clínica da terapia ocupacional*. 3. ed. Campinas: Art. Brasil UNISALESIANO Centro Universitário Católico Auxilium, 2006. 144 p.

BENETTON, M. J; MARCOLINO, Q. T. As atividades no Método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 3, p. 645-652, 2013. DOI: 10.4322/cto.2013.067.

BRASIL. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps/caps>. Acesso em: 29 set. 2024.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 out. 2023.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília, Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. M.S. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 jul. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017*. Redefine a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas diretrizes de funcionamento. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 29 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2979, de 27 de novembro de 2023*. Diário Oficial da União, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMARGO, S. J. A inferência abductiva em Peirce. *Revista DIAPHONÍA*, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 165–175, 2021. DOI: 10.48075/rd.v7i2.28488. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/diaphonia/article/view/28488>. Acesso em: 14 out. 2023.

CAMPINAS. Reunião Ordinária CMS - 24.07.2024 - Convocatória Reunião Ordinária. *Ofício Circular CMS Nº 09/2024*, 18 jul. 2024. Disponível em: <https://cms.campinas.sp.gov.br/reunioes/convocacao-24072024>. Acesso em: 10 nov. 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A clínica do sujeito: acolhimento e vínculo na saúde mental*. São Paulo: Hucitec, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Repensando a saúde / Gastão Wagner de Sousa Campos*. Edição: 2. ed. Publicação: São Paulo : HUCITEC, 1997, 220p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.

CARDINALLI, Isadora. Conhecimentos da Terapia Ocupacional no Brasil: um estudo sobre trajetórias e produções. 2016. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8496>. Acesso em: 28 out. 2024.

CECCATO, T. L. *et al.* Procedimentos da terapia ocupacional com pacientes em crise: um diálogo com o método Terapia Ocupacional Dinâmica. *Revista do CETO*, São Paulo, v. 10, n. 10, 2007.

CHIBENI, José. *Epistemologia: conceitos fundamentais*. 2012. Disponível em: <https://unicamp.br/~chibeni/textosdidaticos/epistemologia.htm>. Acesso em: 1 out. 2024.

CNS. (1986). *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília.

COLATO, E. R. de O. *Projeto terapêutico singular em saúde mental: contribuições da terapia ocupacional*. 2022. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) — Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022. Orientadora: Profa. Dra. Isabela Aparecida de Oliveira Lussi. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/15904>. Acesso em: 25 out. 2024.

CORTELLA, Mário Sérgio. Radical não é sinônimo de sectário. *CBN - Rádio Globo*. 9 jun. 2014. Disponível em: <https://m.cbn.globoradio.globo.com/comentaristas/mario-sergio->

cortella/2014/06/09/RADICAL-NAO-E-SINONIMO-DE-SECTARIO.htm. Acesso em: 14 out. 2024.

COSTA, R. O. da; SILVA, A. X. da. A Política de Saúde Mental e Drogas no Brasil em tempos ultraneoliberais. *Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 54, pp. 54-67, jan/abr, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2024.80190>.

COSTA-ROSA, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo, Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A. *Cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade*. Curitiba: CRV, 2015.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7. Available from SciELO Books.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

CUNHA, A. C. O antes e o depois: criando historicidade na clínica da terapia ocupacional. *Revista do CETO*, São Paulo, v. 9, n. 9, 2005

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs.). *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001. p. 19-41.

DIMENSTEIN, M. *et al.*. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5, p. 1727–1738, maio 2021.

FERIOTTI, M. L. (Org.). *Terapia Ocupacional e Complexidade: práticas multidimensionais*. 1. ed. Curitiba - PR: EDITORA CRV, 2013. p. 43-70.

FERIOTTI, M. L. Construção de identidade(s) em Terapia Ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da saúde e da ciência. In: PADUA, E. M. M. de Pádua;

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo*, SP, v. 6, n. 2, p. 179-190, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v6n2/v2n6a07.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

FLEMING, M. Ideologias e práticas psiquiátricas. Porto: Afrontamento, 1976.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009

FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978

FURTADO, P. J.; PACHECO, A. R. Moradias Extra-hospitalares em Campinas: Reflexões sobre uma experiência. In: VENÂNCIO, T. A. *et al.*, *O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, RJ*. Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 660.

GALVÃO, C. (Org.). *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Guanabara Koogan, RJ, 2007. p. 162-170.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 9. ed. SP: Perspectiva, 2019. 320 p.

GOLDENBERG, Mirian. *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. 9. ed. Rio de Janeiro: Editora Record, 2005.

GOMES, R. *Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014. 45 p. Disponível em: <https://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/Documents/LatoSensu/caderno-pesquisa-qualitativa-mestrado-2014.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2021.

GRIGOLO, Tania Maris; PAPPIAN, Camila. Clínica Ampliada: recursos terapêuticos dos Centros de Atenção Psicossocial de um município do norte de Santa Catarina. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 6, n. 14, p. 01-26, 2014.

GUERRA, A. M. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 2, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004002005>. Acesso em: 12 mar. 2021.

GUGLIELMO, M. F. Terapia ocupacional e psicanálise: desdobramentos. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.47.2014.tde-28052014-150716>. Acesso em: 17 fev. 2021.

GUGLIELMO, M. F. *Terapia ocupacional e psicanálise: desdobramentos*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2022: Resultados preliminares*. Brasília, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 4 nov. 2024.

JUNS, A. G.; LANCMAN, S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do Terapeuta Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 22, n. 1, p. 27-35, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p27-35>. Acesso em: 17 fev. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 9. ed. SP: Atlas, 2021. 368 p.

LANCETTI, A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015. 134 p.

LANCETTI, A. Notas sobre clínica e política. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 7, n. 3, p. 67-69, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004003006>. Acesso em: 28 out. 2024.

LIMA, E. M. F. DE A. Terapia ocupacional: uma profissão feminina ou feminista? *Saúde em Debate*, v. 45, n. spe1, p. 154–167, out. 2021.

LIMA, I. C. S.; SAMPAIO, J. J. C.; SOUZA, K. C. A. A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o contexto brasileiro. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 136, p. 215–226, jan. 2023.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 155–170, jan. 2017.

MANIFESTO DE BAURU. InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais, Brasília, v. 3, n. [s.n.], 1987.

MARCOLINO, T. Q. A dimensão pedagógica nos procedimentos de Terapia Ocupacional. 2005. 125 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

MARCOLINO, T. Q. A porta está aberta: aprendizagem colaborativa, prática iniciante, raciocínio clínico e terapia ocupacional. 2009. 307 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

MARCOLINO, T. Q. Como trabalhamos a noção de ampliação de cotidiano: considerações a partir do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. In: MATSUKURA, S. T.; SALLES, M. M. (Org.). *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental*. São Carlos: EDUFSCar, 2018. p. 105-121.

MARCOLINO, T. Q. *et al.* “É uma porta que se abre”: reflexões sobre questões conceituais e de identidade profissional na construção do raciocínio clínico em terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 27, n. 2, p. 403–411, abr. 2019.

MARCOLINO, T. Q. *et al.* *Diálogos com Benetton e Latour: possibilidades de compreensão da inserção social*. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 28, n. 4, p. 1322-1334, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2032>. Acesso em: 28 set. 2024.

MARCOLINO, T. Q. O raciocínio clínico da terapeuta ocupacional ativa. *Revista CETO*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 14-25, 2012.

MARCOLINO, T. Q; FANTINATTI, Eliana Nunes. As transformações no uso e no conceito de atividades na obra de Jô Benetton. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 13., 2013, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais Regional de Santa Catarina, 2013.

MAXIMINO, V. S. Mulheres e o uso de benzodiazepínicos: criando espaços para a saúde. *Revista do CETO*, São Paulo, v. 11, n. 11, 2008.

MAZARO, L. M. *et al.* Panorama da produção científica sobre terapia ocupacional e saúde mental (1990-2018): estudo bibliométrico. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 29, e2855, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR2159>. Acesso em: 12 jun. 2021.

MEDEIROS, M. H. R. *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Carlos: EDUFSCAR, 2010. 185 p.

MELLO, A. C. C.; ARAÚJO, A. S.; MARCOLINO, T. Q. A construção do Método Terapia Ocupacional Dinâmica: uma produção não-dicotômica entre conhecimento e prática. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, v. 32, e3673, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO286936731>. Acesso em: 12 out. 2024

MELLO, Ana Carolina Carreira. Construção de sentidos nas intervenções em terapia ocupacional: uma revisão de escopo. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional – Linha de Cuidado, Emancipação Social e Saúde Mental) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

MELLO, Ana Carolina Carreira. O Método Terapia Ocupacional Dinâmica e o Modelo Vivaio: histórias orais de construções inventivas para a prática de terapia ocupacional. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/19078>.

MELO, D. O. C. V. Apontamentos sobre a construção de cotidianos: narrativas de um serviço residencial terapêutico. *Revista do CETO*, v. 12, p. 53-61, 2010

MELO, D. O. C. V. *Em busca de um ethos: narrativas da fundação da terapia ocupacional na cidade de São Paulo (1956-1969)*. 2015. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

MELO, D. O. De lagarta a borboleta: um processo de terapia ocupacional. *Revista do CETO*, São Paulo, v. 10, n. 10, 2007.

MERÇOM, L. N.; CONSTANTINIDIS, T. C. Processos de Trabalho e a Saúde Mental dos Trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, São Carlos, v. 13, n. 2, p. XX-XX, mai./ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2020.132.14>. Acesso em: 15 out. 2023.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. SP: Hucitec, 2014. 416 p.

MONTENEGRO, Y. F. L.; MARCOLINO, T. Q. Reflexões sobre o método Terapia Ocupacional Dinâmica e ações territoriais na atenção psicossocial. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, v. 7, n. 3, p. 1946-1958, 2023. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto58544.

MORAES, G. C. *Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica*. *Revista CETO*, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 30-35, 2008

MORATO, G. G. *Reabilitação psicossocial e atenção psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental*. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2019. 288 p.

MORATO, G. G.; LUSSI, I. A. O. Contribuições da perspectiva de Reabilitação Psicossocial para a Terapia Ocupacional no campo da saúde mental. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 943-951, 2018. Editora Cubo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1608>. Acesso em: 14 mar. 2021.

MORATO, Giovana Garcia; LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira. Iniciativas de geração de trabalho e renda, economia solidária e terapia ocupacional: aproximações possíveis e construções necessárias. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 23, n. 4, p. 733-745, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0737>. Acesso em: 13 nov. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, p. 5–7, nov. 2016.

MORRISON, R. J. *La filosofía pragmatista en la terapia ocupacional de Eleanor Clarke Slagle: antecedentes epistemológicos e históricos desde los estudios feministas sobre la ciencia*. 2014. 378 f. Tese (Doutorado em Lógica e Filosofia da Ciência) – Universidad de Salamanca, Salamanca, 2014.

NASCIMENTO, B. A. N. O mito da atividade terapêutica. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v. 1, n. 1, ago. 1990.

NUNES, M. DE O. *et al.*. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p. 4489–4498, dez. 2019.

OLIVEIRA, G. N. O projeto Terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde. Dissertação. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. In: _____. *Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces*. 2. ed. SP: Hucitec, 2014+. p. 97-115.

PASCHOALOTTO, M. I. A saúde mental brasileira sob o olhar decolonial: contribuições para o debate da saúde mental global a partir de uma experiência de cooperação internacional com a Itália. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/12712>.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P.. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 154–162, jan. 2011.

PEREIRA, M. N. *et al.* Princípios da abordagem psicossocial e o cuidado às pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais e do uso de álcool, crack e outras drogas. In: MAZITELLI, F. *et al.* (Orgs.). *Desenvolvendo e articulando: o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade*. 2015- Editora CRV, Curitiba. Brasil

PINTO, R. A. Terapia ocupacional e intervenção em crise: uma possibilidade para novas interações. *Revista do CETO*, São Paulo, v. 3, n. 3, 1998.

PIRÁGINE, M.; DI GIACOMO E AULER, L. M. *Os significados do cotidiano*. *Revista do CETO*, 2010.

PIRÁGINE, M.; GIACOMO, D. M. L.; AULER. *Os significados do cotidiano*. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional - CETO*, São Paulo, v. 12, n. 12, p. 9-13, 2010.

PITTA, A. M. F. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016. p. 27-36.

- PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, RJ, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em: 14 mar. 2021.
- PRADO, A. L.; BRESSAN, R. A. O estigma da mente: transformando o medo em conhecimento. *Revista Psicopedagogia*, São Paulo, v. 33, n. 100, 2016.
- QUINTINO, G. M. A. Relato do processo de terapia ocupacional. *Revista do CETO*, São Paulo, v. 3, n. 3, 1998.
- RIBEIRO, M. C.; BEZERRA, W. C. A reabilitação psicossocial como estratégia de cuidado: percepções e práticas desenvolvidas por trabalhadores de um serviço de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 301-308, set./dez. 2015.
- RICCI, T. E.; FERNANDES, A. D. S. A.; CESTARI, L. M. Q.; MARCOLINO, T. Q.; SOUZA, M. B. C. A. Terapeutas cansadas: da precariedade do trabalho à precariedade da assistência na indústria do autismo. *SciELO Preprints*, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6634>. Acesso em: 10 nov. 2024.
- RICCI, T. E.; MARQUES, I. P.; MARCOLINO, T. Q. Terapia Ocupacional em saúde mental nos congressos brasileiros: uma revisão de escopo. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 915-925, 2018. Editora Cubo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1716>. Acesso em: 12 abr. 2021.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M. F. *Desistitucionalização*. SP: Hucitec, 1990. p. 89-99.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática X Pesquisa narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 120-126, 2007
- SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2020, v. 41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>. Acesso em: 11 ago. 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021.

SANTOS, R. C.; SILVA, G. F.; LACERDA, R. S. Desafios da articulação intersetorial entre saúde e assistência social: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 195-212, 2021. DOI: 10.22278/2318-2660.2021.v45.n2.a3423.

SANTOS, R.; MENDES, C. Desafios e potencialidades da implementação das equipes multiprofissionais na atenção básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 6, p. 879-891, 2023.

SANTOS, Yasmin Livia Queiroz *et al.* A precarização do trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 1029-1040, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.cpst.2023.190114>.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio Brasil. In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. SP: Hucitec, 2016a. p. 19-26.

SARACENO, B. Reabilitação: Uma prática à espera de Teoria. In: PITTA, A. M. F. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2016b. p. 193-198.

SEIXAS, Raul. *Metamorfose ambulante*. 1973. In: *Krig-há, bandolero!*. [S.l.]: Philips, 1973. Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/raul-seixas/metamorfose-ambulante.html>. Acesso em: 22 ago. 2024.

SEVALHO, G.; DIAS, J. V. DOS S. Frantz Fanon, descolonização e o saber em saúde mental: contribuições para a saúde coletiva brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 937–946, mar. 2022.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. O Paradigma Psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 18, número especial, 2019.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. *Interface - Comunicação, Saúde*,

Educação, [S.L.], v. 21, n. 63, p. 845-856, 2017. FapUNIFESP. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0202>. Acesso em: 1 jun. 2021.

SILVA, P. L.; PINHEIRO, R. A Estratégia de Saúde da Família no Brasil: história e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3456-3466, 2018.

SOARES, A, M., SANTOS, E, J. REDUÇÃO DE DANOS - outras possibilidades na atenção às pessoas que usam álcool e outras drogas. In: MAZITELLI, F. *et al.* (Orgs.). *Desenvolvendo e articulando: o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade*. 2015 - Editora CRV, Curitiba. Brasil

SOARES, T. B. L. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.). *Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática*. RJ: Guanabara Koogan, 2007. p. 1-8.

SOUSA, C. P. Enquanto o futuro não vem... Transtornos mentais precoces e a assistência em terapia ocupacional. *Revista do CETO*, São Paulo, v. 12, n. 12, 2010.

SOUZA, Jessé. A doença da humilhação. In: *Crack e exclusão social / organização*, Jessé Souza. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. 360 p.

SOUZA, L. M. *et al.* Apoio matricial e o NASF: uma nova forma de reorganização da atenção primária. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 543-553, 2010.

SOUZA, L. M. *et al.* Apoio matricial e o NASF: uma nova forma de reorganização da atenção primária. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 543-553, 2010.

STENGERS, Isabelle. Notas introdutórias para uma ecologia das práticas. Tradução de Camila Bevilaqua e Arthur Imbassahy. Revisão de Sofia Osthoff Bediaga. *Revista Usina*, 14 dez. 2022. Disponível em: <https://revistausina.com/2022/12/14/notas-introdutorias-para-uma-ecologia-das-praticas/>. Acesso em: 9 out. 2024. (Original publicado em 2003).

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; FORMIGONI, Maria Lucia O. Souza Formigoni e GOUVEIA, Fernanda. Redução de Danos: Conceitos e Práticas Material comemorativo aos 30 anos de Redução de Danos no Brasil. UNIFESP - 2018

TUNDIS, A. S.; COSTA, R. N. Cidadania, classes populares e doença mental. In: _____. (Org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 8. ed. p. 9-13.

UNIFOR. Procura por terapeutas ocupacionais cresce 35% nos últimos dois anos. 2024. Disponível em: <https://unifor.br/-/procura-por-terapeutas-ocupacionais-cresce-35-nos-ultimos-s-dois-anos>. Acesso em: 10 nov. 2024.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS/Fiocruz). Atenção psicossocial: conceitos, diretrizes e dispositivos clínicos. 2015. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/1838/1/html.zip>. Acesso em: 10 out. 2024.

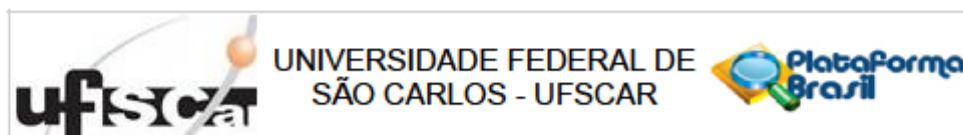
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS/Fiocruz). Projeto Terapêutico Singular (PTS). 2016. *Folder*. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/3091/1/U1A2R3%20-%20Projeto%20terap%20autico%20singular%20%28PTS%29.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

VENANCIO, T. A. *et al.* O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, RJ. Editora: Te Corá: Instituto Franco Basaglia, 1997. 660 p.

YASUI, S. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 18, n. 2, p. 585–589, abr. 2011.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER APROVAÇÃO DE PESQUISA -CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL?

Pesquisador: JOAO PAULO CHARLES ALBINO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06588622.3.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.029.415

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2067075.pdf de 10/04/2023) e/ou do Projeto Detalhado (PROJETO_V1_4.pdf de 10/04/2023): RESUMO, HIPÓTESE (se houver), METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

Resumo:

Introdução: No Brasil, a atenção a saúde mental do sistema único de saúde é constituída a partir da Rede de Atenção Psicossocial, campo em que as (os) Terapeutas Ocupacionais integram as equipes multidisciplinares. Embora tenhamos avançado quanto às práticas e às políticas públicas de saúde mental no Brasil, ainda temos muito que avançar! (ONOCKO-CAMPOS, 2014; SARACENO, 2016; PITTA, 2016). No Brasil, em meio ao contínuo processo de superação das práticas manicomiais, a Terapia Ocupacional tem ocupado papel ativo e protagonista nos processos de transformações do campo da saúde mental, compondo o movimento da reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e das equipes multidisciplinares em toda RAPS (PITTA, 2011; BENETTON, 2016; MORATO; LUSSI, 2018). Ao longo dos 104 anos de história da Terapia Ocupacional, muitos temas já foram e ainda são discutidos e problematizados, considerando inclusive momentos de crises e

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

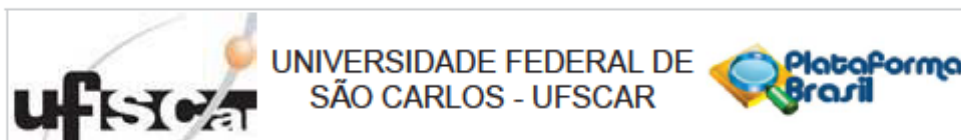
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.029.415

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2067075.pdf	10/04/2023 23:48:26		Aceito
Outros	Carta_Resposta_versao1.pdf	10/04/2023 23:47:38	JOAO PAULO CHARLES ALBINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V1_1.pdf	10/04/2023 23:47:02	JOAO PAULO CHARLES ALBINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_V1_4.pdf	10/04/2023 23:46:42	JOAO PAULO CHARLES ALBINO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	16/12/2022 01:02:56	JOAO PAULO CHARLES ALBINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 28 de Abril de 2023

Assinado por:
Sonia Regina Zerbetto
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE (RESOLUÇÃO CNS 510/2016)

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica e Atenção Psicossocial:
Uma relação possível?

Eu, João Paulo Charles Albino, estudante do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o (a) convido a participar como voluntário (a) da pesquisa “O MÉTODO TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL?” Orientada pela Profa. Dra. Tais Quevedo Marcolino.

O objetivo geral desta pesquisa é explorar e descrever a relação entre o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) como referencial clínico da Terapia Ocupacional para as práticas em saúde mental, orientadas pela Reabilitação Psicossocial no âmbito da atenção psicossocial e saúde pública. Objetivos específicos são: a) compreender conceitual e epistemologicamente os referenciais da Reabilitação Psicossocial e do MTOD, buscando destacar aproximações e distanciamentos; b) analisar de que forma a prática clínica da TERAPIA OCUPACIONAL orientada pelo MTOD, se relaciona com os fenômenos da prática clínica da TERAPIA OCUPACIONAL no contexto da Atenção Psicossocial.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor irá (a) decidir se deseja participar e preencher o questionário, se deseja desistir da participação durante o preenchimento do questionário ou após o preenchimento, e poderá retirar seu consentimento sem nenhuma penalização ou prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O (a) senhor (a) ao aceitar participar da pesquisa irá: 1. Eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura deste termo (TCLE), o qual poderá ser impresso ou solicitado ao pesquisador via endereço de e-mail fornecido, se assim o desejar. 2.

Responder ao questionário on-line que terá tempo gasto para seu preenchimento em torno de 30 minutos. Caso não concorde, basta fechar a página do navegador a qualquer momento.

Caso desista de participar durante o preenchimento do questionário e antes de finalizá-lo, os seus dados não serão gravados, enviados e nem recebidos pelo pesquisador e serão apagados ao fechar a página do navegador. Caso tenha finalizado o preenchimento e enviado suas respostas do questionário e após decida desistir da participação deverá informar o pesquisador desta decisão e este descartará os seus dados recebidos sem nenhuma penalização. Você poderá imprimir uma via deste termo, ou se desejar, o pesquisador poderá encaminhar uma via assinada por e-mail ou da maneira como preferir.

Os critérios para participar desta pesquisa são: ser Terapeuta Ocupacional; possuir Especialização Clínica no MTOD concluída, considerando a formação oferecida a partir de 1994; atuar como Terapeuta Ocupacional em algum equipamento da RAPS com experiência mínima de 3 anos; ter atuado em algum equipamento da RAPS por mais de 5 anos; aceitar participar da pesquisa, considerando todas suas etapas e prévia apresentação de seus objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E como critérios de exclusão: Desistência durante o processo e/ou não possuir disponibilidade de horário compatível.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em três etapas utilizando respectivamente três instrumentos, por meio de plataforma online. A primeira etapa, consiste no preenchimento do formulário eletrônico para coleta de dados pessoais e sociodemográficos, percurso formativo e atuação profissional; A segunda etapa, será composta por um questionário eletrônico semiestruturado com questões pertinentes ao tema da pesquisa; E por fim, a terceira etapa será composta por uma entrevista online semiestruturada, caracterizada pela combinação de questões fechadas e abertas conduzidas a partir de um roteiro previamente construído pelo pesquisador para favorecer a coleta de informações pertinentes à problemática da pesquisa. A previsão de tempo para preencher e responder as etapas 1ª e 2ª é de 30 min. A 3ª etapa 40min.

Sua participação nessa pesquisa não lhe acarretará benefícios diretos, entretanto auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da saúde e da Terapia Ocupacional na construção de novos conhecimentos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A participação na pesquisa não acarretará em despesas para você. Também não haverá nenhuma forma de remuneração por sua participação. Entretanto, eventuais despesas com correios decorrentes da sua participação na pesquisa, serão ressarcidas pelo pesquisador. Você também tem o direito de buscar indenização diante de eventuais danos que essa participação possa lhe causar.

Os riscos inerentes a sua participação nessa pesquisa são mínimos e subjetivos como: possível cansaço ao utilizar o instrumento ou ao responder ao questionário de avaliação; sensação de estar sendo avaliada (o) ao participar da pesquisa e por se tratar de uma pesquisa realizada sobre a prática profissional direcionada a profissionais com experiência de atuação. Estima-se que os possíveis riscos podem estar relacionados a sentimento de ansiedade ou constrangimento diante de alguma questão sensível da sua prática profissional. Para prevenir e lidar com essas possíveis situações o pesquisador irá utilizar técnicas de comunicação (entrevista qualitativa) para favorecer o diálogo e assegurar que o (a) participante possa dizer como conduzir determinada resposta ou interromper a qualquer momento, além da garantia de possuir total liberdade para não responder às questões, para falar sobre o desgaste e a possibilidade de continuidade ou não na pesquisa, dentre outros pontos que possam diminuir os riscos.

Embora acesso aos dados estejam limitados ao pesquisador e aos participantes, existe ainda o risco mínimo de vazamento de dados relacionados a tecnologia da informação. Nesse sentido, para assegurar que não ocorra exposição e/ou perda de confidencialidade, os dados da pesquisa serão armazenados em bancos de dados particulares do pesquisador, assegurados em múltiplas camadas de segurança digital como criptografia por senha, firewall, antivírus e back-ups.

Quanto aos benefícios, destaca-se a contribuição crítico-reflexiva para um tema relevante para área da Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional Dinâmica e para o campo da saúde mental, principalmente da atenção psicossocial. A princípio, um possível benefício direto, envolve a atividade reflexiva sobre a própria prática profissional. Em um segundo momento, após a publicação desta pesquisa pode-se utilizar este conhecimento para refletir e aprimorar a prática profissional, além da contribuição com desenvolvimento técnico científico da Terapia Ocupacional e da assistência terapêutica ocupacional aos usuários do sistema único de saúde brasileiro.

Os dados dos questionários e das entrevistas serão gravados e armazenados em acervo pessoal do pesquisador. Esse conjunto de dados irá compor uma parte dos resultados da pesquisa, sendo utilizados para elaboração de relatórios parcial e final do mesmo, além de

poderem ser divulgados em publicações científicas e acadêmicas. Para preservação da sua identidade, seu nome sempre estará em sigilo, sendo substituído por códigos numéricos.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao pesquisador para esclarecimento de eventuais dúvidas. Caso você aceite fazer parte deste estudo, você deve assiná-lo e rubricá-lo em todas as páginas, bem como o pesquisador em duas vias, sendo que uma delas será enviada ao seu e-mail pelo pesquisador responsável. Você ainda poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento, mesmo depois da finalização da mesma.

Declaro que entendi os esclarecimentos objetivos, riscos e benefícios de minha participação nesta pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que tem por finalidade cumprir e fazer cumprir as determinações da Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades e que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luís, km 235 – Caixa Postal 676 - CEP: 13.565-905
– São Carlos/SP. Telefone: (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: João Paulo Charles Albino

Endereço: Departamento de Terapia Ocupacional. Rodovia Washington Luís, km 235 – Caixa Postal 676 - CEP: 13.565-905 – São Carlos/SP.

Contato telefônico: (19) 989.937.423

E-mail: joaopaulo.c.albino@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

João Paulo Charles Albino

Participante

APÊNDICE 2 – CONVITE ELETRÔNICO



Laboratório de
Terapia
Ocupacional
e Saúde
Mental
LaFolia

Você T.O, possui formação no MTOD
em turmas oferecidas a partir de 1994?
Atua ou atuou em algum equipamento da RAPS?

Participe da pesquisa!

**O Método Terapia Ocupacional
Dinâmica (MTOD) e Atenção Psicossocial:
uma relação possível?**

Pesquisador: João Paulo C. Albino
Orientadora: Prof^a Dr.^a Taís Quevedo Marcolino

bit.ly/3oFXgx9



ufscar

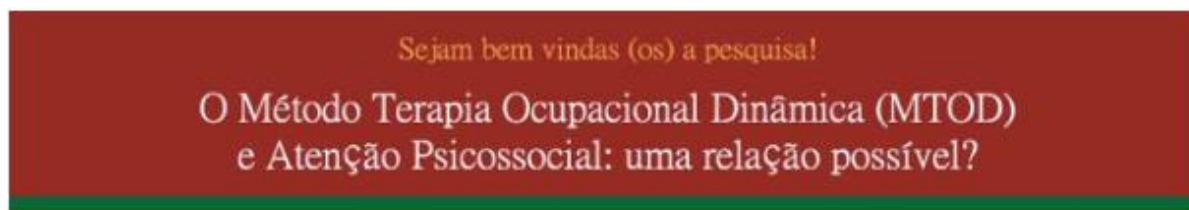


PPGTO

Programa de Pós-Graduação
em Terapia Ocupacional
Da UFSCar



APÊNDICE 3 – INSTRUMENTO: FORMULÁRIO



Seção 1 de 12

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) e Atenção Psicossocial: uma relação possível?

Acesse o link do formulário completo, no formato eletrônico:



Adobe Acrobat
Document

APÊNDICE 4 – INSTRUMENTO: ROTEIRO DE ENTREVISTA

INSTRUMENTO: ROTEIRO DE ENTREVISTA QUALITATIVA – O MTOD E AP: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL? (V.1.3)	
1º EIXO: OBJETIVO; INTRODUIR TEMA E INICIAR DIÁLOGO.	• Introdução da pesquisa (origem, objetivos, metodologia e TCLE) • Aproximação da temática com o (a) colaborador (a) a partir da sua atuação cotidiana
2º EIXO: OBJETIVO; EXPLORAR COMPREENSÕES ACERCA DO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL, EXPLORANDO FENÔMENOS	• A Reforma Psiquiátrica Brasileira historicamente teve/tem como principal referencial norteador para suas práticas o paradigma da reabilitação psicossocial. Com base em sua experiência e conhecimento adquirido defina sua compreensão quanto a reabilitação psicossocial. ○ Tópicos a serem explorados e associados a partir dessa pergunta: ▪ Atuação multidisciplinar a partir desse referencial • Em sua opinião, com base em seu conhecimento e experiência, qual a importância da atuação da Terapia Ocupacional nos serviços da RAPS? E, em específico no serviço onde você atua ou atuou? • Ao longo de sua trajetória profissional e/ou acadêmica nesse campo, quais as dificuldades e desafios que você destacaria para atuação da Terapia Ocupacional? Justifique.
3º EIXO: OBJETIVO; EXPLORAR E APROFUNDAR QUESTÃO NUCLEAR DA PESQUISA, ASSOCIANDO O MTOD E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.	• Pensando na sua prática nos serviços da RAPS, sua formação no Método Terapia Ocupacional Dinâmica contribuiu de alguma forma? Se sim, como? Se não, por que? Tópicos a serem explorados e associados a partir dessa pergunta: • Atividades • Clínica ampliada • Contratualidade • Cotidiano • Diagnóstico situacional • Especificidade • Instrumento • Núcleo e campo • Projeto Terapêutico Singular (PTS) • Raciocínio clínico • Redução de danos • Relação Triádica e Quarto termo • Trilhas associativas
4º EIXO: OBJETIVO: CONCLUIR ENTREVISTA, ESPAÇO ABERTO PARA SUGESTÕES, COMENTÁRIOS E PERGUNTAS AO PESQUISADOR.	• Gostaria de fazer alguma pergunta? Ou dizer algo que avalie pertinente para essa pesquisa que não foi abordado? • Dados sobre publicação da pesquisa • Agradecimento •