



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

ELIANE NASCIMENTO FANTINATTI

**A construção do vínculo como potencialidade para o trabalho do
terapeuta ocupacional: uma experiência na Residência em Saúde Mental e
Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas**

**CAMPINAS
2018**

Eliane Nascimento Fantinatti

A construção do vínculo como potencialidade para o trabalho do terapeuta ocupacional: uma experiência na Residência em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas

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

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA MONOGRAFIA
APRESENTADA PELA ALUNA ELIANE
NASCIMENTO FANTINATTI E
ORIENTADA PELO PROF. MS. ELLEN
RICCI

CAMPINAS

2018

RESUMO

O senso comum nas discussões é enfático em ressaltar a importância da construção do vínculo entre terapeuta-paciente, bem como, de que há certa disposição pessoal do profissional para permitir que esse vínculo seja estabelecido. O objetivo deste trabalho é abordar aspectos relevantes acerca do vínculo entre terapeuta-paciente, paciente-serviço de saúde e/ou paciente-equipe na construção do cuidado em saúde mental, bem como, acerca da postura ética, política, criativa e relacional do Terapeuta Ocupacional na construção ativa do processo vincular através de uma Revisão de Literatura e da construção de um caso clínico, compondo uma discussão que abarque aspectos teórico-práticos e experienciais acerca do tema no percurso formativo de uma Terapeuta Ocupacional durante sua Residência no Programa de Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

ABSTRACT

The common sense in the discussions is emphatic about the importance of building the bond between therapist-patient, and that there is a certain personal willingness of the professional to allow this bond to be established. The construction of this monography aim to discuss relevant aspects about the bond between therapist-patient, patient-health service and / or patient-health workers in the construction of mental health care, as the therapist's ethical, political, creative and relational attitude of the Occupational Therapist in the active construction of the bonding process through a Literature Review and the construction of a clinical case, composing a discussion that encompasses theoretical-practical and experiential aspects about the subject in the formative path of an Occupational Therapist during his Residency in the Mental Health Program and Collective Health of the State University of Campinas.

Sumário

INTRODUÇÃO	7
METODOLOGIA	10
RESULTADOS	11
Relato de Experiência: a construção de um caso clínico	11
Revisão de literatura	19
DISCUSSÃO	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

INTRODUÇÃO

A temática do presente trabalho de conclusão da residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) saltou-me aos olhos ainda muito cedo, em meu processo pessoal de constituição enquanto terapeuta ocupacional. Ainda na graduação, durante os estágios e discussões, interessava-me pelas potencialidades que o vínculo representa na construção da clínica em diversas áreas de atuação da Terapia Ocupacional.

No entanto, baseada única e exclusivamente em minha experiência, arrisco afirmar que o tema proposto, também desde muito cedo, foi-me apresentado com certa “aura metafísica”. O senso comum nas discussões é enfático em ressaltar a importância da construção do vínculo entre terapeuta-paciente, bem como, de que há certa disposição pessoal do profissional para permitir que esse vínculo seja estabelecido. Elementos como criatividade, afetividade e inventividade nas práticas emergem como possíveis facilitadores deste processo sem que, no entanto, tenha apresentado-se, neste momento, alguma sistematização diante do pressuposto.

Dando continuidade a meu processo formativo e experiencial, escolho realizar meu campo de práticas do primeiro ano da Residência em Saúde Mental e Saúde Coletiva no Consultório na Rua do Município de Campinas.

Este é um equipamento de saúde que integra, segundo a portaria nº 122 de 25 de Janeiro de 2011 do Ministério da Saúde, o componente “Atenção Básica” da Rede de Atenção Psicossocial, sendo composto por equipe multiprofissional. Este equipamento deverá atender as diferentes demandas de saúde apresentadas por pessoas em circulação ou situação de rua, incluindo a busca ativa e o cuidado de usuários de álcool, crack e outras drogas.

A equipe do Consultório na Rua desenvolve suas atividades *in loco*, de forma itinerante. Deve construir o cuidado dos usuários de forma compartilhada com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Podendo, inclusive, utilizar-se das instalações físicas destes serviços para ações pontuais de cuidado aos usuários, sempre que necessário (BRASIL, 2011).

Enquanto sutilmente tateava as práticas realizadas pela equipe, logo no início de minha inserção, a temática do vínculo (dentre tantas despertas no período)

surgiu em profundidade e permeou muitas de minhas reflexões. Muitas das ações e intervenções desta equipe revelavam-se alicerçadas em relações de vínculo entre os profissionais-usuários, bem como, entre os usuários-equipamento de saúde.

Com o intuito de desvelar a experiência, elucidando-a, recorro à certa narrativa bastante vívida e intensa que Azevedo (2016), médico sanitarista e profissional da equipe do Consultório na Rua de Campinas construiu em sua tese de doutorado, descrevendo uma de suas intervenções onde conduz um usuário deste equipamento - que apresenta demasiada complicação clínica em seu quadro de saúde-física - à uma internação hospitalar:

Na nossa experiência só existem duas coisas que fazem com que uma pessoa, que dorme sob o céu e cuja circulação é limitada apenas pelos cassetetes da Guarda Municipal, fique em um quarto hospitalar por muitos dias, com horários controlados para tudo... ou o afeto, ou a sedação. A semana da internação foi atribulada, não foi possível visitá-lo. Sem o vínculo com a equipe do hospital e sem a nossa companhia ele, naturalmente, foi embora (AZEVEDO, 2016, p. 75)

Tal citação apresenta a potência da relação vincular estabelecida (ou não) entre usuário-profissional, usuário-serviço de saúde e/ou usuário-equipe e as conseqüências desta relação, que perpassam toda a construção do cuidado em saúde.

Mais adiante, nas trilhas desse mesmo percurso formativo, escolho - no segundo ano desta mesma residência, estar no Centro de Pesquisas em Reabilitação Dr. Gabriel O. S. Porto (CEPRE).

Trata-se de um serviço de saúde de caráter ambulatorial composto por uma equipe multiprofissional que conta com profissionais da Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Pedagogia, Serviço Social, Arte-educação e Enfermagem. Aí são atendidos usuários de Campinas e região que apresentam, majoritariamente, questões relacionadas à deficiências sensoriais (principalmente surdez e cegueira), bem como na comunicação e distúrbios de linguagem. O serviço é, também, campo ainda para a prática de ensino e pesquisa de graduação - constituindo-se em campo de estágio para alunos do curso de Fonoaudiologia - e pós-graduação (*strictu e latu*

sensu) - oferecendo programas de Aprimoramento Profissional, Mestrado e Doutorado além de configurar-se como campo de estágio para as Residências Multiprofissionais em Saúde da Criança, Saúde do Adulto e Idoso e Saúde Mental e Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (RODRIGUES; RICCI; TRAPÉ, 2017).

Neste momento, meu olhar é todo tomado para o aprofundamento de meus conhecimentos teórico-metodológicos e práticos acerca de meu núcleo profissional: a Terapia Ocupacional.

Muitas vezes, neste novo cenário, fui convocada a afirmar e reafirmar a Saúde Mental enquanto campo clássico de atuação da Terapia Ocupacional, ali, majoritariamente conhecida através de sua atuação junto a pacientes com Deficiência Visual ou na Reabilitação Física. Característica, esta, inerente ao tipo de cuidado que é ofertado neste serviço e que, não tem - historicamente, a Saúde Mental como foco de suas intervenções, ainda que, é inegável que as demandas para este tipo de cuidado estejam presentes nos diferentes Ambulatórios que compõe o CEPRE.

Rodrigues, Ricci e Trapé (2017) afirmam, acerca das possibilidades de atuação do residente do programa de saúde mental e saúde coletiva neste espaço que se possa:

[...] delimitar a atuação entre as demandas da área de reabilitação física (que representa boa parte dos serviços ofertados pelos ambulatórios) e as da área da saúde mental. Considera-se que as possibilidades de atuação do profissional/residente em saúde mental, partindo deste campo, se encontra principalmente no entrecruzamento dessas duas áreas (RODRIGUES; RICCI; TRAPÉ, 2017, p. 17).

Assim, dentre as tensões geradas pelo entrecruzamento entre as a reabilitação física e a saúde mental, a temática do vínculo novamente emerge. Agora, guiando meu olhar para as diferentes construções de raciocínio clínico em espaços de discussão compostos por profissionais de diferentes áreas acerca das possibilidades da construção de vínculo entre os terapeutas/alunos-pacientes, atravessada, ainda pela rotatividade de profissionais para os atendimentos dos

casos e de minha própria experimentação na construção da relação vincular no âmbito do desenvolvimento de atendimentos individuais ao longo do ano de 2017.

Taís Quevedo Marcolino (2015) afirma que os terapeutas ocupacionais estão, de certo modo, acostumados a “inventar práticas” já que cotidianamente atuam junto a pessoas em situações extremas de vulnerabilidade e exclusão social e pessoal. No entanto, é incomum a esses profissionais que exponham suas práticas ao julgamento de terceiros para validá-las - ou não - e transformá-las - ou não - , em práticas conhecidas e valorizadas por toda a comunidade da Terapia Ocupacional. Sendo assim, considera-se importante que os profissionais terapeutas ocupacionais tornem-se investigadores de sua própria prática buscando a melhor compreensão dos referenciais teóricos que são utilizados por eles mesmos enquanto agem (na prática) como, por exemplo, na tomada de uma decisão diante de um problema e ainda, quais são os referenciais que interferem na construção cotidiana de seu raciocínio clínico.

Nesse sentido, busco, através deste trabalho, abordar aspectos relevantes acerca do vínculo entre terapeuta-paciente, paciente-serviço de saúde e/ou paciente-equipe na construção do cuidado em saúde mental, bem como, acerca da postura ética, política, criativa e relacional do Terapeuta Ocupacional na construção ativa do processo vincular.

METODOLOGIA

Com o objetivo de traçar um panorama geral do Estado da Arte acerca da temática proposta para este trabalho, realizou-se uma revisão de literatura em duas bases de dados: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Portal de Periódicos da CAPES.

Como critérios de inclusão e exclusão para os trabalhos encontrados em ambas as bases de dados compreende-se que: serão analisados apenas artigos (excluindo teses e livros), escritos em Língua Portuguesa e cujos textos completos estejam disponíveis *online*. Os descritores utilizados foram: “*vínculo*” e “*terapia ocupacional*” baseados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e também de maneira arbitrária. O descritor “*vínculo*” não é compreendido pelo DeCS, no

entanto, é utilizado em algumas publicações científicas relevantes ao tema proposto.

Após a primeira etapa de seleção dos artigos, propõe-se a leitura de título, resumo e palavras-chave. Os critérios de exclusão e inclusão para esta parte da análise compreendem: trabalhos que abordem a temática do vínculo terapeuta-paciente, em contextos terapêuticos e/ou de serviços de saúde. Os artigos que abarcaram os critérios de inclusão aqui descritos foram selecionados para leitura completa.

Em relação à busca na Biblioteca Virtual em Saúde, obteve-se, *a priori*, 34 resultados. Dentre esses trabalhos, 20 foram inicialmente excluídos sendo que: 09 artigos encontrados estavam em Língua Espanhola, 07 em Língua Inglesa e 04 apresentaram-se duplicados. Assim, realizou-se a leitura de resumo e palavras-chave de 14 artigos, dentre os quais, apenas 03 foram selecionados para leitura completa por contemplarem a temática supracitada - que configura-se como critério de inclusão.

A busca no Portal de Periódicos da CAPES teve, *a priori*, 24 resultados. Dentre eles, 02 foram inicialmente excluídos: 01 por estar em Língua Inglesa e 01 em Língua Espanhola. Nesse sentido, realizou-se a leitura de título, resumo e palavras-chave de 22 artigos, dos quais 04 foram selecionados para leitura completa.

Utilizou-se, também, neste trabalho a construção do caso clínico, com a finalidade partilhar determinados elementos de um caso, sendo o produto daquilo que se extrai das intervenções, permitindo obter da prática clínica seus elementos de base para retenção de excertos de cada experiência, tornando-os transmissíveis e avaliáveis (FIGUEIREDO, et al, 2001).

RESULTADOS

Relato de Experiência: a construção de um caso clínico

Descrição geral do caso

J., 53 anos, solteira, mora em Hortolândia (cidade de cerca de 200.000 habitantes, localizada no interior do Estado de São Paulo, na Região Metropolitana

de Campinas) na mesma casa em que passou grande parte de sua vida. Casa, esta, que pertencia à sua mãe, que faleceu há cerca de dois anos atrás. Sendo, agora, compartilhada por J., uma irmã (com idade bastante próxima à sua) – também solteira, e um irmão (mais novo), casado. Assim, vivem ali também a cunhada e a sobrinha de J., que tem 4 anos de idade.

Nos atendimentos, J. apresenta dificuldades em descrever tanto o espaço físico desta casa, quanto uma certa “divisão subjetiva” que fazem dela. Compreendo que seu irmão, sua cunhada e sobrinha ocupam uma parte da casa, tendo colocado uma geladeira e um fogão dentro do quarto que habitam juntos. J. e sua irmã têm quartos individuais e utilizam-se da “cozinha de verdade” da casa. A sala é tida como um espaço de conflitos. Isto, pois, a televisão é do irmão de J., que permite ou veta seu acesso à ela. É também o espaço em que J. tenta entrar em contato com sua sobrinha (de quem fala com muito carinho). Esse contato - bem como o uso da televisão - ora é permitido, ora é vetado a ela. que afirma passar, majoritariamente, todo o tempo em que encontra-se em casa, trancada em seu quarto. Quarto, este, descrito - *a priori* - como um local cheio de “bichinhos de pelúcia” e “bonecas” em estantes colocadas nas paredes.

Ao retomar seu histórico ocupacional, J. conta que concluiu os estudos (ensino fundamental e médio). No período em que estudava, dividia o tempo com o trabalho em uma padaria. Depois, trabalhou de babá, empregada doméstica e também em uma empresa como ajudante de serviços gerais. Ela deixou de trabalhar há cerca de 10 anos atrás, quando sua mãe sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE), passando a ser sua cuidadora em tempo integral.

J. foi encaminhada ao Centro de Pesquisas em Reabilitação Dr. Gabriel O. S Porto (CEPRE) no ano de 2016 pelo ambulatório de Otorrinolaringologia – Cabeça e Pescoço – do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde havia realizado tratamento fonoaudiológico pelo período de 01 ano, sem evoluções consideráveis em seu quadro. Ela apresenta uma fenda aumentada entre as pregas vocais e é atendida em Fonoaudiologia com a Hipótese Diagnóstica de Disfonia. Relata-se que objetivo do encaminhamento ao CEPRE foi ofertar continuidade ao tratamento com possíveis contribuições da equipe multiprofissional pela qual este serviço é composto.

Ainda sem apresentar evoluções consideráveis no quadro de Disfonia, a despeito dos atendimentos em Fonoaudiologia, a docente responsável pelo

Ambulatório de Terapia da Voz do CEPRE solicitou uma interconsulta em Saúde Mental, no final do ano de 2016. Assim, J. passou a ser acompanhada por uma Terapeuta Ocupacional Residente do Programa de Saúde Mental e Saúde Coletiva da UNICAMP que, no período, estava inserida no serviço – tendo-o como seu campo de prática. No entanto, essa residente encontrou-se poucas vezes com J., pois, na data da interconsulta, estava em vias de sua finalização no espaço. Assim, sou convidada a dar continuidade ao trabalho que estava começando a ser construído.

O início do processo

J. é uma senhora de baixa estatura, robusta, morena. Em meados de fevereiro do ano de 2017, chegava ao Ambulatório sempre com saias abaixo do joelho, roupas coloridas (combinando entre si) e o cabelo preso em um “rabo de cavalo” colado à cabeça, com aspecto pastoso e brilhante, exalando cheiro de “creme hidratante”. Usava óculos cor-de-rosa com algumas flores roxas desenhadas na haste. Estava sempre carregando muitas bolsas.

Meus dois primeiros encontros com ela deram-se na presença de sua terapeuta anterior (a Terapeuta Ocupacional Residente supracitada). O primeiro deles configurou-se em uma conversa para a qual fui convidada e autorizada por J. a participar. Neste momento, a sonoridade da voz de J. tomou meus ouvidos de forma incômoda. A sensação que tive beira o indescritível. *“Se fechar os olhos e ouvi-la, direi que o som de sua voz está sendo, na verdade, produzido por uma criança que está chorando de dor”*, pensei comigo naquele momento. De fato, pude observar que J. fazia um grande esforço para falar, visível a partir da tensão constante em sua cintura escapular. As palavras que proferia eram, em alguns momentos, completamente ininteligíveis. No segundo encontro, pactuamos a realização de uma atividade de culinária. Por limitações do espaço e de materiais, toda a execução dessa atividade precisou ser adaptada, comprometendo muito a qualidade do produto final. Notei, durante todo o tempo em que estivemos ali, o incômodo e a insatisfação de J., que insistia em afirmar *“eu sou muito perfeccionista”*.

A construção do processo terapêutico e do diagnóstico situacional

No primeiro encontro sem a presença da terapeuta anterior de J., pactuei o funcionamento de nossos atendimentos: faríamos atividades! Ofereci opções de

materiais e técnicas e ela escolheu pintar um quadro. Orientei-lhe quanto às etapas da atividade, e apresentei-lhe os materiais. Ela teve muita dificuldade em escolher o desenho que faria e, imediatamente, passou a falar do processo terapêutico construído no ano anterior. Dizia que *“não entendia porque tinha que fazer aquilo”* e que *“sua outra terapeuta não trabalhava assim”*. Pedia insistentemente para que eu fizesse a atividade por ela e mostrava-se muito angustiada.

Em paralelo com essa oferta, abri-me totalmente para escutar J., que nesse momento, falava muito sobre o sofrimento em lidar com o luto de sua mãe, dos conflitos familiares que ocorriam diariamente com seu irmão e cunhada, sobre como era insustentável estar naquela casa. Falava também sobre as atividades que lhe fizeram sentido em outros momentos da vida e que, agora, já não mais era capaz de executar. Cozinhar, segundo ela, já não era mais possível, pois estava sem nenhuma renda (financeira) e seu irmão não permitia que ela acessasse os mantimentos que havia na casa. Os bordados em “ponto-cruz” teriam sido abandonados porque seus óculos estavam inadequados às suas necessidades e ela já não podia manusear a agulha com tanta habilidade. Contava que sua rotina se resumia em andar pela rua sem rumo durante o dia, sentar-se sozinha em um parque que fica perto de sua casa ou permanecer no quarto, escuro, escutando seu rádio. Em cada uma dessas três situações, dizia apresentar episódios constantes de choro e pensar muito em sua mãe – *“sua única amiga, companheira e protetora durante toda a vida”*. Falava também que os conflitos com seu irmão e cunhada ocorriam e intensificavam-se cada vez mais com o passar dos dias por conta da ausência de sua mãe, que, enquanto viva, defendia-lhe em toda e qualquer circunstância.

Em diversos momentos, nos atendimentos, J. retomava seu incômodo sobre a proposta da atividade. Além disso, encontrei muita dificuldade em estabelecer um *setting* para os encontros, tendo sido, por diversas vezes, interrompida durante meus atendimentos por pessoas do serviço - que circulavam por ali, necessitavam de algo que estava na sala ou que, simplesmente, não compreendiam a natureza de meu trabalho, questionando (durante suas entradas furtivas) *“o que é que estava acontecendo ali?!”*.

J., por diversas vezes já angustiada, desesperava-se diante do ambiente que desvelava-se inóspito. Conversamos diversas vezes sobre isso, e, arrisco afirmar, que certa relação de confiabilidade deu-se entre nós a partir do momento em que

garanti que nossos atendimentos não seriam interrompidos novamente (em nenhum momento) e que eu conversaria com os responsáveis pela organização das salas para tanto. O que, de fato, aconteceu.

Com relação à sua queixa fonoaudiológica, J. trazia episódios de “engasgos” e “sumiços da voz”: *“Toda vez que engasgo, eu morro! Eu morro mesmo. Fico sem ar, desesperada. E morro sozinha, não tem ninguém para me ajudar e me salvar. Outro dia, estava no culto da igreja, fui tomar água e engasguei. Fiquei lá, perto do bebedouro, morrendo sozinha! Morrendo, mesmo! Até que, depois de muito tempo, uma irmã da igreja veio e conseguiu me acudir. Daí, não morri mais. Tenho acordado morrendo de madrugada, sem ar. Morrendo sozinha. Minha voz some quando falo muito. Não gosto da minha voz assim. Parece que tem um bolo na minha garganta e isso me incomoda muito. Acordo sufocada durante a noite. Quando eu fico nervosa ou preciso chamar a atenção de alguém, aí minha voz some mesmo! É muito ruim!”*

Relatos como este eram repetidos em diversos atendimentos, plenos em sua intensidade dolorosa.

Ao finalizar sua primeira atividade - o quadro que pintou - J. gostou muito do produto final. Perguntei o que ela desejava fazer com o objeto e ela disse que penduraria em seu quarto, junto à seus bichinhos de pelúcia e bonecas *“que é pra me lembrar da minha terapeuta, Li”*. Ao olharmos juntas para o quadro no atendimento seguinte de sua finalização, J. refletiu que o desenho ali, criado e colorido por ela, lhe remetia a um desenho infantil. De fato, tratava-se de uma árvore e uma casinha que causavam tal impressão. Retomo que, durante o processo de construção daquele quadro, J., por diversas vezes me perguntara sobre as cores que deveria usar, questionando-me, por exemplo, *“se o céu, de fato, deveria ser pintado de azul”*. Sem uma intervenção diretiva, J. dá-se conta de que vivenciou, durante esta primeira atividade que realizamos em nosso processo, a construção de algo que refletia o modo pueril com que vinha relacionando-se com o mundo.

Em seguida, começou a bordar uma toalha de rosto em ponto-cruz. Dessa vez, a escolha da atividade, as etapas e sua execução foram bastante fluidas. J. havia escolhido algo que dominava – já ciente de que eu não sabia bordar. Essa atividade nunca foi concluída.

Estávamos, nós duas, vinculadas.

J. deixa de me consultar sobre as etapas da execução da atividade - tendo em vista que dominava a técnica escolhida. Sua desenvoltura no *setting* foi notória. As diferentes questões que passou a trazer, também.

O vínculo, nesse momento, sustentava intervenções e reflexões acerca do incômodo de J. acerca de sua primeira atividade que desdobrava-se em amplitude e desvelava - encontro após encontro - a forma pueril com que se colocava em relação aos outros, a si mesma, ao mundo e na relação terapêutica.

Das transformações que saltavam aos olhos

Suponho que diante do incômodo gerado pelas questões trabalhadas durante a execução daquele bordado em ponto-cruz que era feito, desfeito e refeito a cada encontro, J. passou a vestir-se de forma diferente. Vinha ao ambulatório com vestidos longos, roupas mais justas, o cabelo solto, maquiagem. Trocara, neste ponto, os óculos cor-de-rosa com flores por outro, apenas lilás. As transformações “estéticas” deste período pareciam refletir uma tentativa de J. (a partir de seus recursos - internos e externos -disponíveis) em colocar-se e sentir-se menos “*menina*”, como chegou a referir. Neste ponto, fui convocada à uma discussão de caso junto ao Ambulatório de Terapia da Voz sobre J.

Ao final do mês de Maio de 2017 - não apenas as transformações no “vestir” e no autocuidado de J. foram notadas, mas também, a melhora de sua voz, que estava completamente perceptível aos profissionais da Fonoaudiologia. Estes, por sua vez, decidiram que a melhor conduta era de que seus atendimentos passassem a ser quinzenais.

J. reagiu muito mal a isso. Avaliei que, nesse momento, ela sentiu que estava perdendo um espaço de cuidado – inclusive, sendo o CEPRE, o único espaço de cuidado que ela referia ter em sua vida. Optei, diante desta conduta clínica, por aumentar a frequência dos meus atendimentos dentro do período de um mês – pactuando isto com J.

A partir daí, passamos a trabalhar também com atividades corporais (dança e alongamento), atividades de beleza (maquiagem), música e culinária.

As atividades corporais despertaram outros assuntos. Passamos a falar sobre sexualidade. J. apresentava, diante destas conversas, *risos completamente pueris* - ao abordarmos o assunto, dizia jamais ter se aproximado de um rapaz e, sequer, ter “*beijado na boca*”. Contava que se interessou por um único rapaz em toda a sua

vida, na época do colégio. Não sendo correspondida por ele, não se interessou novamente por alguém. Quando questionava sobre aspectos relacionais no âmbito afetivo-sexual, J. me respondia que *“nunca tinha feito essas coisas feias”*. Em seguida, ria descontroladamente. Nesse momento, o vínculo me permitia intervir e colocar meu estranhamento diante dessas reações. J. recompunha-se e, aos poucos, ia conseguindo dizer de aspectos de “sua criação e educação” que lhe faziam reprimir demasiadas questões que circundavam este ponto em sua vida.

Passamos a conversar sobre “o feminino em nós”, sobre o desejo e o prazer sexual. J. colocava suas dúvidas e cessava (aos poucos) os episódios de riso. Passou a conseguir dizer cada vez mais do assunto, de modo geral. É válido ressaltar que, por diversas vezes, entendi que aquilo que era considerado “feminino” por J. partia de seus referenciais culturais e contextuais - tanto de certa construção midiática e estereotipada do que é “ser mulher” e, ainda, “da beleza da mulher”, quanto da construção judaico-cristã do papel social da mulher - acerca do qual não pretendo aprofundar-me neste relato. Nesta direção, é também valorável afirmar que as intervenções que seguem relatadas foram pautadas, majoritariamente, nas construções de sentido da paciente. Assim, retomam-se, em diversos momentos, os aspectos supracitados e referidos.

Neste ponto da relação terapeuta-paciente, podíamos sustentar (ainda diante daquele bordado inacabado), conversas acerca do clitóris, do ato e da atração sexual, bem como acerca de aspectos complexos das relações amorosas/afetivo-sexuais.

O processo de alta Fonoaudiológica

Diante da visível mudança de sua postura e aparência, bem como, da remissão dos sintomas vocais em seu quadro de Disfonia, em Agosto de 2017, J. deveria receber alta do tratamento Fonoaudiológico. Ciente do que estava por vir e resistente ao fato esperado, faltou à dois dos atendimentos da Terapia de Voz.

Na terceira semana em que J. não compareceu, recebi a lista de exercícios de manutenção e cuidado vocal que ela deveria realizar e a missão de entregá-la. A ruptura do vínculo com sua Fonoaudióloga foi drástica, J., no mesmo dia, voltou a tensionar sua cintura escapular num esforço para que sua voz saísse. Afirmou não estar bem, questionou a alta, a falta de exames de imagem e tudo mais que lhe veio

à cabeça. Escutei. Sustentei a manutenção de nosso espaço semanal. Os sintomas não voltaram a aparecer.

Neste ponto, é válido ressaltar que o Ambulatório de Terapia da Voz tem como objetivo a remissão dos sintomas vocais de seus pacientes em certo período de tempo (de 6 meses à 1 ano, em média). Dentro do CEPRE, trata-se de um dos ambulatórios com maior número de altas e, conseqüentemente, maior rotatividade em lista de espera. A efetividade das intervenções Fonoaudiológicas é avaliada com periodicidade semanal. Os atendimentos têm duração de 30 minutos e são realizados pelos estagiários do quarto ano do curso de Fonoaudiologia. Durante este período, eles aplicam exercícios e técnicas específicas de seu núcleo profissional que são escolhidos (a partir da construção conjunta com a docente responsável pelo Ambulatório) da perspectiva do raciocínio clínico, teórico e prático. Sendo, assim, emerge a importância da construção conjunta e multidisciplinar que foi realizada acerca do caso de J. em que, eu, enquanto Terapeuta Ocupacional, participei e expus ativamente também questões de meu núcleo profissional, além de uma avaliação processual e contínua que realizamos em conjunto dos aspectos biopsicossociais da paciente.

Do processo que se segue após a alta Fonoaudiológica

Em meados de Novembro de 2017, J. envolveu-se com um homem. Passou a vir aos meus atendimentos em um estado de euforia e apaixonamento romântico. Nesse momento, senti como se, de fato, fosse - para ela - , uma espécie de fiadora de sua vida emocional e de suas experimentações, que eram fonte de prazer e de muita angústia.

Na relação terapeuta-paciente, J. vem eufórica a todos os atendimentos. Não mais consegue chamar-me pelo meu nome. “Erra” a todo momento, e pede pela minha atenção chamando-me pelo nome do homem com quem estava envolvida. Busco trazer uma reflexão para esses lapsos, mas ela continua em seu movimento de euforia.

Neste ponto, são realizados diversos atendimentos com proposta de trocas verbais. Em alguns momentos, escutamos juntas músicas que J. propõe. Todas elas, carregadas de uma temática romântica/afetiva/sexual.

Eu escolhi começar a fazer uma última atividade, bastante trabalhosa com diversos detalhes e etapas. Comecei a executá-la e J., à medida em que ia dando

conta em meio à sua euforia, dedicava-se em me ajudar. Assim, produzimos, juntas, um porta-jóias de espirais feitos com folhas de revistas velhas.

A relação termina no começo do mês de Dezembro, trazendo à tona a finitude das relações humanas de modo concomitante à finalização da nossa relação terapêutica.

Para tanto, senti a necessidade de propor uma atividade em que observariamos os produtos finais de todas as atividades que construímos no *setting* ao longo do ano, com o objetivo de (re)construir a historicidade da nossa relação e, então, finalizá-la.

Na semana seguinte a este pedido, J. veio ao meu encontro apressada, passa o atendimento todo em silêncio e vai embora, cabisbaixa. Durante as duas semanas que seguiram esse momento, J. não veio para os atendimentos e não atendeu a nenhum dos meus telefonemas. Faltar aos atendimentos foi, durante todo o nosso processo, algo extremamente incomum à J.

É perceptível que, bem como outrora J. havia feito no encerramento de seus atendimentos com sua Fonoaudióloga, agora também a ameaça iminente da ruptura de nosso vínculo e da relação terapêutica fazia com que J. escolhesse recuar.

Não foi possível realizar a técnica pensada em sua completude. Apenas em minha última semana de permanência no Ambulatório, antes das festividades de fim de ano, é que J. apareceu. Conversamos sobre o processo e ela, furtiva, retomava insistentemente questões clínicas que lhe haviam sido diagnosticadas. Despediu-se de mim, abraçou-me e agradeceu por tudo. Chorou e saiu do espaço quase correndo.

Revisão de literatura

Como supracitado (na seção “Metodologia”), buscou-se através deste trabalho, traçar uma correlação entre o relato de experiência e um recorte específico da produção científica acerca do tema proposto. Nesta direção, apresenta-se, a seguir, a caracterização dos estudos encontrados a partir da Revisão de Literatura realizada nos meses de Novembro e Dezembro do ano de 2017:

Quadro 1 – Caracterização dos artigos através de busca na Biblioteca Virtual em Saúde

Autor(es)	Título	Periódico e ano de publicação	Objetivo	Considerações sobre vínculo
Aline Cristina de Moraes e Ana Paula Serrata Malfitano	O terapeuta ocupacional como executor de medidas socioeducativas em meio aberto: discursos na produção de uma prática	Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, 2016.	Conhecer os terapeutas ocupacionais e suas atuações nos serviços de medidas socioeducativas em meio aberto no Estado de São Paulo.	Aborda o vínculo como objetivo, facilitador e recurso do trabalho do terapeuta ocupacional.
Fernanda Reis e Ana Cléa Veras Camurça Vieira	Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE	Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, 2013.	Compreender a recente inserção dos terapeutas ocupacionais e sua atuação nos NASFs.	Aborda a importância do vínculo profissional-usuário e as dificuldades decorrentes do não-estabelecimento do mesmo por questões relacionadas à dinâmica do serviço de saúde.
Sirlaine Vieira da Cruz, Liliane Dias Ribeiro, Lúcia Helena de Assis Cabral, Rosana Ferreira Sampaio	O olhar do usuário sobre o acolhimento em um serviço de reabilitação	Revista Acta Fisiátrica, 2010.	Descrever, a partir da perspectiva dos usuários, como é realizado o acolhimento em um serviços de reabilitação da mão e analisar os fatores mais relevantes para o mesmo.	Aborda questões como a importância da comunicação e do vínculo entre profissional e usuários que assegura melhores práticas de cuidado voltadas para as necessidades de cada sujeito.

Quadro 2 – Caracterização dos artigos através de busca no Portal de Periódicos da CAPES

Autor(es)	Título	Periódico e ano de publicação	Objetivo	Considerações sobre vínculo
Cláudia de Oliveira, Paulo Jesus, Virgínia Junqueira, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo	Histórias de vida e compreensão empática: uma pesquisa qualitativa sobre a estimulação da competência narrativa em estudantes da saúde	Revista Ciência e Educação, 2016	Compreender os efeitos da atividade de escuta na formação de profissionais em saúde.	Aborda a postura de acolhimento do profissional e a importância do vínculo entre profissional-paciente.
Ana Paula Lopes dos Santos, Francisco Antonio de Castro Lacaz	Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/SP	Ciência e Saúde Coletiva, 2012	Compreender o processo do Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador, sua trajetória, dificuldades e potencialidades	Aborda a importância da escuta e do vínculo terapêutico.
Tatiana Coelho Lopes, Roseni Pinheiro	Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência de Gestantes de Minas Gerais	Revista de Saúde Coletiva (Physys), 2016.	Analisar a trajetória do cuidado de mulheres gestantes privadas de liberdade e as práticas dos trabalhadores nesse contexto.	Aborda a importância do acolhimento às mulheres gestantes no serviço de saúde, bem como a potencialidade do vínculo entre essas mulheres e os profissionais e gestores do mesmo.
Ana Ecilda Lima Ellery, Ricardo José Soares Pontes, Francisco Antonio Loiola	Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção	Revista de Saúde Coletiva (Physys), 2013.	Sistematizar e analisar saberes e práticas que integram o campo comum de atuação das equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família	Aborda a adoção, por parte dos profissionais de saúde, de uma postura de acolhimento e favorecimento de vínculo. Bem como, a responsabilização com usuários e trabalhadores da saúde.

DISCUSSÃO

Moraes e Malfitano (2016) afirmam em seu estudo que o vínculo é elemento central no núcleo de ação da Terapia Ocupacional (MALFITANO, 2005). Nesta direção, diante da relevante proposição de que o terapeuta ocupacional seja investigador de sua própria prática e esteja atento àqueles referenciais que o norteiam na construção de seu raciocínio clínico, é valorável que esta discussão tenha como seu ponto de partida uma contextualização acerca da temática proposta (MARCOLINO, 2015).

O vínculo é apresentado por Moraes e Malfitano (2016) como um elemento que se baseia na construção de relações de confiança, proximidade e interdependência. As autoras utilizam Pichòn-Riviére (1988) para afirmar que “o vínculo se constitui numa interação complexa entre o sujeito e a representação de um objeto externo, de forma dialética e singular a cada situação” (PICHÒN-RIVIÈRE, 1988 *apud* MORAES; MALFITANO, 2016, p. 536). Apontam ainda que, no senso comum, “o vínculo é referido como um conceito autoexplicativo” (p.538) e somente positivo para a relação terapeuta-paciente – aspecto, este, que será abordado mais adiante.

Santos e Lacaz (2012) também ressaltam a “interdependência” enquanto elemento na construção do vínculo, bem como, “o compromisso dos profissionais com os pacientes e vice-versa” (p.1145).

Compreende-se que o processo de vinculação entre terapeuta-paciente não ocorre espontaneamente. O vínculo se dá a partir do reconhecimento de certo saber-fazer por parte do profissional, relacionando-se a qualidades, exigências e necessidades dos usuários. O acolhimento emerge como ferramenta que pressupõe uma mudança da relação entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços, sendo considerado como o ato de ouvir os usuários, dar-lhes crédito, empenhar-se na resolução de suas demandas. Através de parâmetros técnicos, éticos e humanitários, proporciona uma aproximação entre quem oferece o serviço e quem o recebe, favorecendo sua vinculação mútua (BRASIL, 2008; CRUZ; *et al*, 2010; ELLERY; PONTES; LOYOLA, 2013; MIRANDA; RIVERA; ARTMANN, 2012; LOPES; PINHEIRO, 2016; REIS; VIEIRA, 2013).

Elucida-se que a realização de um bom acolhimento está atrelada a diversos elementos. A escuta emerge enquanto um deles, ocupando papel central na

discussão. Assim, temos que é papel do profissional de saúde apresentar boa capacidade de escuta e sensibilizar-se verdadeiramente à demanda trazida pelo usuário. Para tanto, é imprescindível que o profissional conheça a quem está escutando, como e sobre o que se fala, reconhecendo as singularidades de cada paciente. A escuta e o vínculo fazem com que os usuários passem a ter nome e história, tornando as relações de cuidado menos automáticas e mais humanas. Em suma, espera-se que o profissional saiba estabelecer uma relação interlocutiva de escuta e co-construção de narrativas e histórias de vida, compreendendo o(s) mundo(s) subjetivo(s) de quem requer cuidado e sabendo interpretá-lo(s) (CRUZ *et al*, 2010; LOPES; PINHEIRO, 2016; MORAES; MALFITANO, 2016; SANTOS; LACAZ, 2012; OLIVEIRA *et al*, 2016).

A boa comunicação entre terapeuta e paciente não só é importante para criar um vínculo entre ambos, mas capaz de garantir que seus problemas e preocupações sejam entendidos por aquele que está lhe oferecendo cuidado. O paciente é a pessoa mais apta – ainda que diante de severas limitações – a fornecer informações acerca de seu corpo (CRUZ *et al*, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2016):

[...] não só enquanto espaço sensorial, proprioceptivo ou autoafetivo, mas também, como processo sociemocional e como representação cognitiva e simbólica, envolvendo estratégias da relação com o sofrimento e a dor, as crenças sobre saúde e doença (vida e morte), a história da emergência e desenvolvimento da sintomatologia, a percepção das condições etiológicas e das intervenções médicas e a autoavaliação da eficácia terapêutica (CHARON, 2006; GREENHALG, HURWITZ, 1999 *apud* OLIVEIRA *et al*, 2016, p. 978).

Deste modo, compreende-se que o vínculo (construído e perpassado dialeticamente pela escuta), é essencial para a adesão ao processo terapêutico e, por conseguinte, para a efetividade e a resolutividade na construção cuidado em saúde, de modo geral, sendo que, na ausência dele, o profissional não é capaz acessar as reais demandas, necessidades e desejos de seus usuários – gerando o insucesso de suas intervenções (MALFITANO, 2005; MORAES; MALFITANO, 2016; SANTOS; LACAZ, 2012; STARFIELD, 2002).

As queixas trazidas por J. no início dos atendimentos eram bastante restritas aos problemas na voz. Escutá-la atentamente enquanto nomeava seus engasgos de “mortes” e, “mortes em que morria sozinha” foi essencial para, posteriormente, começar a entender a complexidade de seu sofrimento, atravessado pelo luto de sua mãe e a fragilização das relações familiares bem como um passo para acessar outras tantas construções subjetivas que fazia acerca de si mesma e do mundo em que vivia.

Somente a partir do real estabelecimento de uma relação de confiança é que J. pôde vincular-se a mim (e eu, a ela). Assim, pudemos abarcar no contexto dos atendimentos, questões como o desejo, a repressão e o prazer sexual e sua construção enquanto mulher. Nesse momento, intervenções passaram a sustentar-se, ainda que “mais duras” em alguns momentos, quando como intervinha diretamente nos risos pueris de J. ao abordar essas questões e chegaram ao ponto em que ela decidiu sustentar diversas experimentações em seu campo relacional/afetivo-sexual, tendo a relação terapeuta-paciente no pano de fundo deste novo cenário, compreendendo-a como fiadora dessas novas construções de vida.

No entanto, o esforço de desvelar a “aura metafísica” que permeia essa discussão, bem como superar o senso comum e a proposição pouco reflexiva de que o vínculo é autoexplicativo e se configura apenas como algo bom ou positivo em uma relação terapêutica é valorável na tentativa de obter uma compreensão mais ampla da temática. Assim, observa-se que:

[...] o vínculo pode não ser somente favorável na relação de acompanhamento profissional, na medida em que ele pode se configurar sob diversas naturezas (afetiva, relacional, autoritária, controladora, maternal, caritativa, entre outros) [...] (MORAES; MALFITANO, 2016, p. 538).

Estar completamente disponível ao que o outro tem a dizer e aberto a compreender o ser humano em um contexto mais amplo do que aquele que engloba apenas seu processo de adoecimento não está livre de atravessamentos dolorosos e angustiantes também ao profissional de saúde, que tocará e se deixará ser tocado pelo outro (em sua totalidade de dor, crenças e construções subjetivas em

alteridade àquelas, *a priori*, conhecidas) acarretando certa carga emocional e transformações em sua própria subjetividade (OLIVEIRA, *et al*, 2016).

Nesta direção, há também que ressaltar-se que o estabelecimento (ou não) do vínculo entre terapeuta-paciente não está condicionado única e exclusivamente às posturas individuais e/ou subjetivas de ambos.

Existem fatores limitantes que atravessam esta construção, advindos, por exemplo, da macroestruturação dos serviços em que se dão as relações terapêuticas como apontam Reis e Vieira (2013) ao descrever a fragilização do trabalho em saúde que ocorre a partir da gestão que mescla o caráter público e privado, criando situações de trabalho muito heterogêneas, em demasiado dependentes das características das parcerias envolvidas.

Por sua vez, este cenário apresenta aumento na rotatividade de trabalhadores – o que compromete completamente as possibilidades de vínculo entre o profissional e o usuário, bem como, entre os próprios profissionais de uma equipe e o processo de trabalho como um todo (REIS; VIEIRA, 2013).

No caso do Centro de Pesquisas em Reabilitação Dr. Gabriel O. S. Porto - espaço onde se deu a construção do cuidado da paciente J., supracitada na construção do caso clínico que compõe este trabalho - como aponta Rodrigues, Ricci e Trapé (2017), a instabilidade nos vínculos e a rotatividade de profissionais se dá de forma correlata. No entanto, sendo consequência de que, majoritariamente, o cuidado ofertado no ambulatório é realizado por pessoas em formação – por caracterizar-se enquanto um serviço-escola. Assim, os pacientes são comumente atendidos pelos mesmos profissionais, salvo exceções, por períodos que variam de três meses à, no máximo, um ano.

Durante o curto período em que J. esteve inserida no serviço (compreendido entre os anos de 2016-2017, a rotatividade de profissionais que a acompanharam foi notória: fôra atendida por duas Fonoaudiólogas e duas Terapeutas Ocupacionais diferentes.

Existem, ainda, de características que permeiam os espaços em que o cuidado se dá e que são limitantes para o estabelecimento do vínculo entre terapeutas e pacientes, como, por exemplo, a superespecialização do cuidado – que, dentre suas características, pode tornar-se excludente de uma compreensão contextual ampla e empática das pessoas atendidas. O atendimento humanizado é relevante em todas as áreas e níveis de complexidade em que se dá a oferta de

cuidado em saúde, tanto quanto a aplicação de técnicas voltadas para o tratamento especializado (CRUZ, *et al*, 2010; OLIVEIRA, *et al*, 2016).

O caso de J. elucida que a satisfatória evolução de seu quadro clínico não dependia apenas de intervenções nucleares e especializadas em Fonoaudiologia, mas sim, a complementaridade de ações desenvolvidas nas ações interdisciplinares que passaram a compor a construção de seu cuidado naquele espaço. Isto, porque através destas ações interdisciplinares é que foi possível obter uma melhor compreensão do contexto vivido por J., bem como, construir sua historicidade no espaço e abarcar as múltiplas demandas envolvidas neste processo. O trabalho conjunto entre a Fonoaudiologia e a Terapia Ocupacional foi um potente constructo durante todo o desenvolvimento desta experiência.

Por fim, aponta-se que, tão importante quanto formar um vínculo com o paciente, é, também, ter a capacidade de trabalhar emocionalmente com seu rompimento, quando o contexto do tratamento exigir, por quaisquer motivos (OLIVEIRA, *et al*, 2016).

Assim, a ruptura abrupta entre J. e o cuidado fonoaudiológico foi, de certo modo, ressignificado no espaço do cuidado da Terapia Ocupacional em Saúde Mental. A angústia diante dessa ruptura que, brevemente, expressou-se na reincidência dos sintomas vocais, deu palco para transformações potentes no âmbito da vida emocional de J. através das atividades corporais que lhe foram propostas e do estreitamento de nossa relação (terapeuta-paciente). Entretanto, meses depois, a despeito das tentativas de cuidado do processo de finalização de nossos atendimentos, a multicausalidade de suas faltas aos atendimentos também gera certo rompimento abrupto em nosso processo. Ainda assim, conseguimos nos despedir e selar juntas o fim desta relação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do caso clínico é útil para a elucidar e correlacionar aspectos teórico-metodológicos e práticos acerca do processo de construção de uma relação vincular entre terapeuta-paciente e configura-se em um esforço para o avanço desta discussão.

A Revisão de Literatura aponta que a produção científica acerca do tema é incipiente no campo de conhecimento da Terapia Ocupacional, reiterando que o

vínculo ainda é tomado como conceito autoexplicativo. A delimitação deste conceito ainda apresenta-se demasiado generalista e pouco fundamentada, apontando para a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, B. M. S. **A aposta no encontro para a produção de redes de promoção de saúde**. 183f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva - Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de jan. 2008. Institui os Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

_____. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

CRUZ, S. V. et al. O olhar do usuário sobre o acolhimento em um serviço de reabilitação. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 17, n.3, p. 122-125, 2010.

ELLERY, A. E. L, et al. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physys**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

FIGUEIREDO, A. C. et al. Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método,
In: FIGUEIREDO, A. C. (org.). *Psicanálise, pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro: CUCAIPUB/UFRJ, 2001, p. 11-24. (Coleções IPUB.)

LOPES, T. C.; PINHEIRO, R. Trajetórias de mulheres privadas de liberdade: práticas de cuidado no reconhecimento do direito à saúde no Centro de Referência

de Gestantes de Minas Gerais. **Physys**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1193-1212, 2016.

MARCOLINO, T. Q. Do paradoxo da mágica à investigação clínica: pesquisa, clínica e Terapia Ocupacional. **REFACS**. Uberaba, v.3, Suplemento especial Terapia Ocupacional, pp. 172-177, 2015.

MORAIS, A. C.; MALFITANO, A. P. S. O Terapeuta Ocupacional como executor de medidas socioeducativas em meio aberto: discursos na construção de uma prática. **Cad. Ter. Ocup. Ufscar**, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 531-542, 2016.

MIRANDA, L.; RIVERA, U.; ARTMANN, E. Trabalho em equipe interdisciplinar de saúde como um espaço de reconhecimento: contribuições da teoria de Axel Honneth. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1563-1583, 2012.

OLIVEIRA, C. et al. Histórias de vida e compreensão empática: uma pesquisa qualitativa sobre a estimulação da competência narrativa em estudantes de saúde. **Ciência e Educação**, Bauru, v. 22, n.4, p. 975-991, 2016.

REIS, F.; VIEIRA, A. C. V. C. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 351-360, 2013.

RODRIGUES, P. H. P.; RICCI, E. C.; TRAPÉ, T. L. **Aproximações entre Saúde Mental e Função Apoio na construção de práticas da Residência de Saúde Mental em Serviço de Saúde Ambulatorial**. 37f. Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/SP. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p 1143-1150, 2012.

STARFIELD, B. Responsabilidade na atenção primária. **In: Ministério da Saúde. Atenção primária-equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília:Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p.207-45.