



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

BRUNA LIMA DE CARVALHO

O CUIDAR NA TERAPIA OCUPACIONAL:
Revisão sobre o uso da terminologia nas publicações em Terapia
Ocupacional

Brasília - DF

2021

BRUNA LIMA DE CARVALHO

**O CUIDAR NA TERAPIA OCUPACIONAL: Revisão sobre o uso
da terminologia nas publicações em Terapia Ocupacional**

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

Professor Orientador: PProf. Dr^a., Grasielle Silveira
Tavares Paulin

Brasília – DF

2021

RESUMO

A identidade profissional do Terapeuta Ocupacional está ligada à promoção da participação, inclusão social e engajamento em ocupação significativa. Sendo assim, ampliar a concepção de cuidado e compreender as diversas dimensões existentes é necessário, tendo em vista, a abrangência de atuação da terapia ocupacional. **Objetivo:** Analisar as noções de cuidado presentes nas produções científicas de Terapia ocupacional brasileiras. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão narrativa que, então, analisará os sentidos das fontes bibliográficas utilizadas para embasar e desenvolver seus objetivos. **Resultados:** foram selecionados dez artigos que sucederam em cinco classificações, são elas: A influência das Políticas de Saúde no Brasil na organização e produção de cuidados em saúde, cuidado do outro, cuidado de si, cuidado coletivo e cuidado tácito

Palavras chave: Cuidado. Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS.....	8
2.1 Geral	8
2.2 Específicos.	8
3.METODOLOGIA	8
4. DISCUSSÃO E RESULTADOS	11
4.1. A influência das Políticas de Saúde no Brasil na organização e produção de cuidados em saúde.....	11
4.2. Cuidado do outro.....	12
4.3. Cuidado de si.....	14
4.4 Cuidado coletivo	15
4.5 Cuidado tácito	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS... ..	17
6.REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

Ao analisar a historicidade da prática do cuidado observa-se que é a mais antiga prática de todas já estudada. Durante milhares de anos, os cuidados eram relacionados a qualquer ser humano que prezava pela sobrevivência da espécie em relação ao grupo, eram orientados a partir de duas situações: assegurar a vida e recuar a morte (COLLIÈRE, 1989)

Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação. (...) Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que têm por fim e por função manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo (COLLIÈRE, 1989, p.29).

A natureza da palavra ‘cuidado’ inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro e a segunda uma preocupação e inquietação advindas do envolvimento e da ligação afetiva com o outro por parte da pessoa que cuida. Assim, parece que a filologia da palavra ‘cuidado’ indica que cuidar é mais que um ato singular; é modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com as coisas e as pessoas (Zoboli, 2004)

Para Zoboli (2004), aspectos históricos revelam que não há uma ideia única de cuidado, mas um conjunto de noções de cuidado de várias abordagens, como a mitológica (fábula-mito da alegoria Cuidado na criação do homem), a religiosa e a teológica (necessidade de cuidar do outro), a filosófica (Martin Heidegger - o filósofo do cuidado por excelência), a psicológica (Rollo May e Erick Erikson) e a contemporânea (Carol Gilligan), que se unem por alguns sentimentos e narrativas, cuja influência perdura através dos tempos e por diversos temas recorrentes.

O cuidado está intimamente ligado tanto à prática quanto às emoções. O cuidado está relacionado à forma como as pessoas se apoiam e cuidam umas das outras em diferentes situações de vida (MALFITANO, 2019). Tronto (p.103, 1993) alerta que “a atividade de cuidar é amplamente definido culturalmente e irá variar entre as diferentes culturas.

No final do século XIX, o desenvolvimento das forças produtivas, a fragmentação do conhecimento em decorrência do positivismo, a divisão do trabalho e da nova ordem mundial com o capitalismo em sua fase monopolista determinaram novas necessidades sociais (SILVA, 2016). O cuidado, prática inerente a todo ser vivo, foi profundamente alterado entre os humanos sendo fracionada em uma variedade de tarefas e atividades. Essa estratificação do

cuidado teve uma forte influência sobre o objeto do mesmo, pois foram substituídos pelos cuidados do médico. “O cuidar passou a ser tratar a doenças” (COLLIÈRE, 1989, p.32).

A forma como esse processo aconteceu pode ser identificada a partir da ampliação das áreas do conhecimento como física e biologia, servindo de embasamento para a medicina que se desenvolveu na modernidade impulsionando o que veio a ser o paradigma biomédico, no qual doenças e as curas passaram a ser observadas sob essas leis, sem nenhuma interferência contaminadora da subjetividade do doente.

O paradigma biomédico conseguiu avançar muitas áreas do conhecimento, aumentou a expectativa de vida, desvendou os microrganismos, fármacos, diminuiu a taxa de mortalidade infantil, entre outras, porém foi alvo de muitas críticas porque a demanda de saúde dos seres humanos passou a se tornar complexas devido o cotidiano da sociedade moderna. Barros (2008) destaca alguns déficits que o modelo biomédico apresenta, como: assimetria e autoritarismo, ao apresentar relações desiguais e com caráter de dominação justificadas pela autonomia e competência técnica do profissional; participação passiva e subordinada do paciente e a exclusão do conhecimento do paciente, de suas representações, usos e costumes populares em relação ao processo saúde e doença.

No caso da Enfermagem, Collière (1989) apresenta a história e a evolução da forma de realizar o cuidado em 3 momentos: 1) práticas das mulheres que prestam cuidados, desde os tempos mais recuados da história da humanidade até a Idade Média; 2) práticas de cuidados da mulher ‘consagrada’, desde a Idade Média até o fim do século XIX; 3) mulher enfermeira – do princípio do século XX ao fim dos anos 60, que inclui o papel moral e o papel técnico da profissão. Uma vez que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde, dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação, é possível dizer que as compreensões de saúde e cuidado mesclam subjetividade e determinação histórico-social.

As mulheres estariam relacionadas com as práticas de cuidados para assegurar a manutenção da vida, elaboradas em torno da fecundidade, do parto e do corpo sofredor. Os homens fariam recuar a morte, reparando o corpo ferido que exigia força física para também dominar os agitados, as pessoas em estado de delírio ou de loucura (COLLIÈRE, 1989).

Desta forma, é possível compreender que as diferenças entre as divisões de gênero nas práticas decorrem da própria construção da sociedade e seus indivíduos, que leva à valorização maior de algumas formas de cuidado em detrimento de outras. Sendo assim, estudar sobre novas abordagens de prática em saúde é essencial que se considere toda a historicidade da saúde e cuidado, e como os homens e mulheres depreendem sobre os

conceitos e de que forma isso influencia nas escolhas de algumas técnicas em vez de outras (SCHVEITZER, 2015).

No século XX, na segunda década, surge a profissão Terapia ocupacional marcada por reflexões de seus iniciais autores, sobre os processos de assistência ocupacional com características médicas, ou seja, influenciada já por um modelo biomédico, uma vez que a compreensão sobre seus conceitos base pautava-se em técnicas que iriam suprimir sintomas e organizar pensamentos para a retomada de relações e ações que fossem orientados sobre determinada conduta e comportamento (MATSUKURA, 2016).

O início da formação de profissionais de Terapia ocupacional no Brasil, em meados dos séculos 50, a maioria dos profissionais incorporava ao mercado de trabalho na reabilitação de pessoas com transtornos psíquicos e com deficiência física. A partir das décadas de 1960 e 70, que se iniciou uma discussão sobre a necessidade de serviços comunitários e de ações de caráter mais preventivo; contrapondo-se à abordagem curativa que predominava até então (DE CARLO, 2001, pag.37; BARROS, 2007, pag.348).

No final dos anos 80, terapeutas ocupacionais passaram a tomar conhecimento e/ou engajar-se gradativamente nos movimentos sociais. Seja participando do processo que culminou na redação final das leis ordinárias pós-Constituição de 1988, ou da implementação das políticas traduzidas em novos serviços e dinâmicas de atendimento (BARROS, 2007, pag.351).

Esse período de redemocratização foi marcado por grandes transformações no país no âmbito social e político, para o campo da saúde que veio a culminar na Reforma Sanitária. Foi proposta num momento de intensas mudanças e sempre pretendeu que pudesse servir à democracia e à consolidação da cidadania no País. A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Em seu relatório final, a saúde passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e das desigualdades nela existentes (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), um estado de equilíbrio entre as dimensões física, psicológica, social e cultural (BRASIL, 2006a), de modo a guiar as políticas públicas.

Um dos princípios, estruturante do Sistema Único de Saúde, é o da Integralidade, ou seja, o acesso deve ser garantido desde as ações de promoção até as de recuperação da saúde, das ações coletivas às individuais; o que incorpora o conceito ampliado de saúde, envolvendo

o sujeito e suas relações com o ambiente e a sociedade e na formulação de políticas compreendendo a atenção a grupos específicos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Os seres humanos formam uma rede de relações sociais, das quais são corresponsáveis e codependentes, podendo potencializar ou ameaçar a vida. As ações de cuidado são as que potencializam a vida e sua boa qualidade. O cuidado é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização radical e aproximação vincular com o outro. Essa atitude, ao mesmo tempo que possibilita, parte a sensibilidade em relação à experiência humana e ao reconhecimento do outro como pessoa e como sujeito digno (SOARES, 2013, p.246).

A partir de então, muda-se o modelo teórico do processo saúde-doença e técnico-assistencial que sustenta a prática dos profissionais de saúde. Diante desse cenário, a terapia ocupacional se reconfigurou os saberes e práticas da terapia ocupacional em novos campos de legitimidade. Desse modo, o desafio ético remete-se ao paradigma psicossocial em que a produção social do sujeito deve estar presente como processo contínuo da assistência à saúde e promoção da vida. O reconhecimento da subjetividade se faz no emergir do usuário em seu território de vida, no seu modo de andar a vida e na integralidade do cuidado em saúde (AYRES, 2001; AMARANTE, 1995).

A terapia ocupacional, como área de conhecimento, tem suas ações voltadas para o homem em sua vida cotidiana, ou seja, considera as atividades humanas como parte da construção do próprio homem e busca entender as relações que esse homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde (MEDEIROS, 2003). Nessa perspectiva, sua intervenção está alinhada à proposta de que o profissional deve desenvolver a capacidade de ajudar pessoas na obtenção da qualidade de vida que precisam e desejam ter, e não só combater doenças, contribuindo no fortalecimento dos processos de autonomia, desejos e possibilidades de transformar a si e ao seu contexto, de maneira que a doença ou a alteração na funcionalidade, mesmo sendo um limite, não as impeça de viverem outras experiências na sua vida de modo prazeroso (BRASIL, 2009).

São diversas as formas de cuidado e não existe uma melhor ou pior, o Terapeuta Ocupacional deve entender o cuidado em saúde como parte das ações necessárias para atenção às demandas dos sujeitos, de forma que sejam tiradas da invisibilidade as necessidades interpessoais que o cuidado de senso comum alcança. No caso, o cuidado aqui proposto não é exclusivo do campo da saúde, pois abrange relações sociais e culturais em suas efetivações (CONTATORE, 2017).

Leininger (1984) relata a importância do cuidado, tendo como referencia o conhecimento popular do cuidado na qual considera a cultura, os valores, as crenças, os significado, o contexto em que vivem os seres humanos, como aspectos que exigem

conhecimento profissional fundamentado em princípios científicos. Portanto, o cuidado não exige as técnicas e as práticas de saúde, mas abrange do individual ao coletivo, envolvendo a subjetividade, o protagonismo e o autoconhecimento do sujeito; que estão relacionados ao cuidado tácito, que vem de um conhecimento implícito transmitido em sociedade, que pouco discute-se e é carregado de historicidade, tradição e cultura que integra uma comunidade.

Se as práticas da terapia ocupacional são baseadas na ocupação, na participação e na vida cotidiana, é importante reconhecer a emoção e a empatia necessárias para trabalhar com os outros, reconhecer as dimensões morais inerentes ao cotidiano. É importante reconhecer que o cuidado requer uma visão política (TRONTO, 2007), para informar uma compreensão crítica da dimensão coletiva. Tal compreensão está relacionada à conceituação dos terapeutas ocupacionais como seres políticos (POLLARD; SAKELLARIOU, 2014) envolvidos com justiça, direitos e cidadania em sua prática (LOPES; MALFITANO, 2017).

Na busca pelos referenciais teóricos para embasamento deste estudo, foi encontrado o artigo “Care and occupational therapy: what kind of care definition do we have?” traduzido significa Cuidado e Terapia Ocupacional: Que tipo de definição de cuidado temos? de 2019, dos autores Ana Paula Serrata Malfitano e Dikaïos Sakellariou que fazem importantes construções sobre o cuidar e a Terapia Ocupacional. Desta forma esta produção foi tomada como base estruturante deste trabalho para análise dos artigos encontrados que abordavam a noção de cuidado pelos terapeutas ocupacionais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Analisar as noções de cuidado presentes nas produções científicas de Terapia ocupacional brasileiras.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever que dimensões do cuidado aparecem nas produções ao longo dos anos;
- b) Analisar como as noções de cuidado fazem interface com a terapia ocupacional.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão narrativa que, analisará as interfaces do cuidado com a terapia ocupacional.

Segundo Denzin & Lincoln (2006):

[...] a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para o mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (p.3)

Este estudo foi exploratório, pois buscou em fontes de dados científicos, artigos pertinentes ao tema da Terapia Ocupacional e cuidado. O método utilizado foi o de revisão de literatura. Segundo Turato (2005) revisão narrativa de literatura é um estudo de levantamento de trabalhos científicos publicados na abordagem qualitativa, equivalente à revisão sistemática de literatura (usual em abordagens quanti) fazendo parte de seu processo a discussão de vários trabalhos conduzidos no rigor metodológico, incluindo análise de conteúdo do material examinado e selecionado.

Marconi & Lakatos (2005) enfatizam que a pesquisa bibliográfica, ou seja, a revisão de literatura não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões que podem ser inovadoras. Neste sentido, a revisão de literatura se configura como uma estratégia

importante no sentido de que auxilia futuros pesquisadores do tema em questão para facilitar o acesso às fontes relacionadas para a produção dos dados a fim de possibilitar uma compreensão mais ampla do assunto.

A pesquisa compreende seis etapas: 1ª etapa, pesquisa ampla sobre a temática; 2ª etapa busca e seleção de artigos através dos descritores nas bases de dados; 3ª etapa, filtragem dos artigos selecionados através dos critérios de inclusão e exclusão; 4ª etapa, extração dos dados para a planilha temática; 5ª etapa, agrupamento de informações; 6ª etapa, interpretação e escrita dos resultados. A estratégia de busca de literatura técnico científica foi feita nas revistas brasileiras de terapia ocupacional, são elas: Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional, Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (REVISBRATO) será realizada com as combinações dos seguintes descritores: “cuidado” e “terapia ocupacional”

Como critérios de inclusão os artigos selecionados deveriam estar disponíveis na forma de artigos originais, estarem na íntegra e priorizando experiências brasileiras dos últimos 10 anos (janeiro de 2012 até janeiro de 2021) Estudos e pesquisas de anais de congressos, monografias e boletins informativos foram excluídos desta revisão.

Após a seleção dos artigos conforme os critérios de elegibilidade, foram seguidos os seguintes passos: leitura exploratória, leitura seletiva e escolha do material que contemplasse os objetivos deste estudo, análise dos textos e, por último, a realização de leitura interpretativa e redação.

Notou-se que o levantamento bibliográfico será de suma importância para a compreensão desta temática, contribuindo para estudos futuros e aprofundamentos sobre a produção existente. Para análise dos dados o material foi explorado com leituras e observado os aspectos que respondessem aos objetivos do estudo e desta forma foram criados cinco eixos que trazem os conteúdos de forma narrativa. Os eixos foram: A influência das Políticas de Saúde no Brasil na organização e produção de cuidados em saúde; Cuidado do outro; Cuidado de si; Cuidado coletivo; Cuidado tácito.

Figura 1: Fluxograma de seleção da pesquisa.

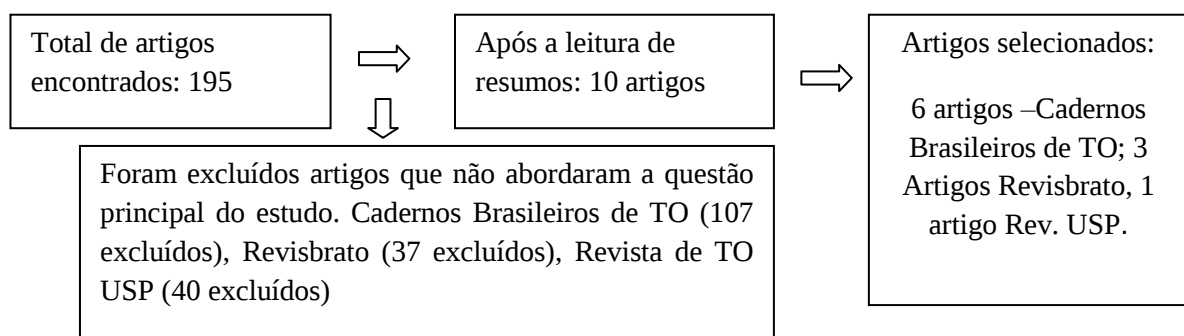


Tabela 1

Artigo
Caderno Brasileiro de TO
Oliveira, M. T.; Ferigato, S. H. A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 27, n. 3, p. 508-521, 2019 https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1729
Silva, C. C.; Silva, E. D.; Rocha, L. L. B. O salão de beleza como recurso no acompanhamento das mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 26, n. 3, p. 569-579, 2018 https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1122
Trevisana, A. R. et al. A intervenção do terapeuta ocupacional junto às pessoas hospitalizadas: adotando a abordagem dos cuidados paliativos. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 27, n. 1, p. 105-117, 2019 https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1263
Assad, F. B.; Pedrão, L. J.; Cirineu, C. T. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 743-753, 2016 http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0738
Silvestrini, M. S.; Silva, C. R.; Almeida Prado, A. C. S. Terapia ocupacional e cultura: dimensões ético-políticas e resistências. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 27, n. 4, p. 929-940, 2019 https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1727
França, M. M. L.; Queiroz, S. B.; Bezerra, W. C. Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível? Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 105-116, 2016 http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0583
Revisbrato
Costa ACMB., Paulin GST., Cruz KCT. Cuidar, cotidiano e ocupações: um olhar da terapia ocupacional sobre cuidadores familiares de idosos. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2018, v.2(1): 15-31.
Ferreira, TPS, Costa, CT. Saúde e redes vivas de cuidado: articulando ações estratégicas no território com vista ao cuidado integral na atenção básica. Rev. Interinst.Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2017. v.1(3): 269-281. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto4750
Machado, KS, Simas, RS. Redução de danos, insumos e experiência estética: uma análise da prática no consultório na rua do município do Rio de Janeiro. Rev.Interinst. Bras. Ter. Ocup. (Rio de Janeiro). 2017; 1(1): 67-83. DOI: 104777/2526-3544.rbto4823
Santos VM, Fornereto APN. Sobre o ser doula: possíveis atuações de terapeutas ocupacionais no parto e nascimento. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2020. v.4(5):742-758. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto30788
Revista de TO da USP
VAZ, D. V.; JUBILINI, L. G.; QUEIROZ, L. C. Prática centrada no cliente na reabilitação: definição, instrumentos e desafios. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 122-127, 2017. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v28i1p122-127.

“Os cientistas dizem que
somos feitos de átomos, mas
um passarinho me contou que
somos feitos de histórias”
Eduardo Galeno

4 DISCUSSÃO/RESULTADOS

Os artigos selecionados nas revistas de Terapia Ocupacional brasileiras tinham o objetivo trazer no corpo do texto o uso da terminologia “cuidado” ou relatos sobre a noção de cuidar. Foi possível identificar que o cuidado nos títulos na maioria das vezes estava atrelado a uma população específica (pelas etapas da vida e pelos quadros clínicos) ou ao desenvolvimento do cuidado nos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde-SUS. Desta forma o estudo traz sua discussão com base em dimensões criadas pelas pesquisadoras com base nos referenciais teóricos encontrados, que traduzem os movimentos políticos, sociais e sanitários vividos no nosso país.

4.1. A influência das Políticas de Saúde no Brasil na organização e produção de cuidados em saúde.

A mudança do paradigma assistencial em saúde, uma das grandes lutas advindas do movimento da Reforma Sanitária, permanece como utopia concretizável. Tal ideário, fundado nos princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade e integralidade), a consistiria em transcender a abordagem curativa, hospitalocêntrica, fragmentada em especialidades, embasada em processos de trabalhos rigidamente divididos, alienados e na hegemonia do médico sobre a equipe de saúde (Campos, 1992; Pires, 1989). Em seu lugar, propõem-se abordagens interdisciplinares, com resgate da integralidade da atenção, centrada na saúde, na comunidade, no fortalecimento das redes solidárias, na participação social e na pessoa como sujeito do processo de saúde-doença, seja em nível individual ou coletivo (PIRES, 2005).

Para a mudança pretendida conseguir ter êxito precisa mexer com o modo como vêm sendo produzidas as ações e serviços de saúde que, se historicamente vêm privilegiando o capital. Diante do desafio da mudança mediada pelo saber, faz-se necessário retornar à politicidade do cuidado, numa tentativa de antever indícios libertários. Cuidar é mais que ato mecanizado, rotinizado e alienado de sentido, faz parte da atividade criativa dos seres,

compondo-lhe a estrutura de ser e vir a ser-no-mundo, sendo atitude humana inscrita na esfera vital, subjetiva e cultural das relações sociais (PIRES, 2005).

O cuidar, sendo relação que envolve ajuda e poder, está inscrito na subjetividade das pessoas, inseridas em contextos sócio-históricos complexos. Emancipar pela ajuda pode ser possível pelo triedro emancipatório do cuidar – conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar – no qual conhecimento, poder e autonomia se tencionam para libertar o fazer humano das amarras que o sucumbem, potencializando utopias concretizáveis (PIRES, 2005).

Morin (1999) defende a idéia de que o conhecimento tem uma vocação emancipatória, de modo que quanto mais se conhece e se compreende, mais se é capaz de, reconhecendo os limites do verdadeiro, dedicar-se à sua procura e, por meio desse processo incessante de busca, emancipar-se relativamente de certas concepções. Diante do desafio da complexidade do real, urge ao conhecimento refletir-se sobre si mesmo, situando-se e problematizando-se no exercício processual de aproximar-se da realidade.

Nesse espírito ampliado, entenda-se conhecimento como dinâmica viva de produzir interpretações, significados, críticas e formas de participar da realidade (PIRES, 2005).

Não há, pois, conhecimento sem práticas e atores sociais. E como umas e outros não existem senão no interior das relações sociais, diferentes tipos de relações sociais podem dar origem a diferentes epistemologias (SANTOS; MENESES, 2010, p. 9).

Busca-se contribuir com produções, reflexões e ações que possam encontrar outras vias de resistência, tolerância, respeito e primazia à vida, uma revolução dos modos de fazer, pensar e produzir, que sejam criativos, emancipatórios e democráticos. A ampliação de terapeutas ocupacionais implicadas e engajadas na luta pelos direitos sociais e humanos de sujeitos e coletivos tem sido um pilar fundamental da profissão, associada à compreensão da potencialidade da diversidade humana e cultural a qualquer sociedade na busca pelo exercício pleno da emancipação e cidadania (Silvestrini, 2019).

4.2. Cuidar do outro

Historicamente, terapeutas ocupacionais se engajaram em lutas de trabalhadores, usuários e familiares dos serviços em saúde mental, acompanharam a trajetória política dos movimentos de pessoas com deficiência e a luta por representatividade e ampliação de direitos de populações vulneráveis. Juntamente às propostas de desinstitucionalização, a luta

por responsabilização do poder público pelo atendimento integral da parcela excluída da população foi um mote sempre presente nas últimas décadas na profissão (MOREIRA, 2008).

Assad (2016) aborda que o resultado dessas lutas sociais gerou reformulações no que tange à dimensão teórico-conceitual para um modelo de atenção psicossocial. Nesse contexto, a complexidade da vida cotidiana da pessoa passa a ser alvo da ação terapêutica, englobando os aspectos práticos, concretos, simbólicos, relacionais e materiais, de forma a produzir movimentos – capazes de oferecer suportes, proteção e resolução de problemas – que contribuam para a superação da situação existencial, ou seja, para o enfrentamento do sofrimento (MÂNGIA, 2002). Sendo assim, o sujeito-alvo precisa ser compreendido como sendo pessoas, grupos ou populações socioculturalmente em vulnerabilidade com necessidades/desejos no cotidiano.

“...engloba tudo, cuidado com a higiene, na alimentação, na casa, no trabalho [...] “três áreas: autocuidado, trabalho, lazer”; “...pensar o indivíduo como um todo, o cuidado é global [...] observar aspecto psicológico, emocional, dificuldades motoras...”; “...o que é possível fazer pra sofrer menos, com a doença dele, com a sintomatologia...” (ASSAD, 2016; pg.746)

Trevisana (2019) em sua obra destaca a necessidade de compreender a história de vida do sujeito, incluir a família nesse processo de assistência, avaliar as condições físicas e emocionais, considerar os valores culturais e espirituais que cada pessoa carrega consigo. A interdisciplinaridade entre os profissionais proporciona uma abrangência de conhecimento e visões técnicas diferentes sobre o mesmo caso. Todos esses aspectos auxiliam para alcançar um cuidado integral.

Costa (2018) salienta sobre os cuidadores não profissionais que acabam exercendo essa ocupação por circunstâncias da vida, e a visão da Terapia Ocupacional sobre eles, já que esse cuidador principal tem as demais ocupações para conciliar. Pode-se contribuir para a elaboração crítica do cotidiano do sujeito, com olhar sob rotina que parece ser imutável, deste modo o TO favorece de forma marcante meios para ressignificação do cotidiano, possibilitando a realização de atividades significativas que foram abandonadas.

Cuidar da saúde das pessoas, afinal, é mais que construir um objeto e intervir tecnicamente sobre ele, é interagir, encontrar, alimentar a alma, considerar, reconstruir-se, querer construir projetos (Ayres, 2001).

Desta forma, as tecnologias de cuidado em terapia ocupacional se expressam de modo singular, de maneira que cada profissional utiliza seu saber levando em consideração todo o

contexto que envolve os usuários. Sobre isto, Boff (1999) nos rememora que o ser humano é, na sua essência, alguém de relações ilimitadas, ele é parte de uma rede de relações sociais. Mas essas relações não se dão exclusivamente socialmente, elas acontecem de uma forma quase interdependente, em que o “eu” inexistente sem o “tu”, e o “eu” somente se constitui pela dialogação com o “tu”. “Cuidar do outro é zelar para que esta dialogação, esta ação de diálogo eu-tu, seja libertadora, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amorização” (BOFF, 1999, p.45).

4.3. Cuidar de si

A Terapia Ocupacional vem adquirindo um corpo de conhecimento através da sistematização da assistência e construção de saberes que aborda o olhar ao cuidado de si. Na ótica filosófica o cuidar tem sido muito discutido nos aspectos ontológicos e epistemológicos. Martin Heidegger, conhecido como o filósofo do cuidado, vê o ser humano como um “ser de cuidado”, ou seja, o cuidado está na essência da existência humana. Cezarino (2004), relata que o cuidado nos permite construir um consenso ético mínimo, criando nos homens atitudes benevolentes e responsáveis.

No estudo de Foucault sobre o conceito do cuidado de si, o mesmo cita Sócrates, que preservava a posição de que os indivíduos necessitavam ocupar-se pouco com suas riquezas, bens, propriedades e concentrar-se mais em si mesmo, visto que apenas desta forma poderia ter acesso a verdade. Vale salientar que, não seria qualquer tipo de verdade, mas a verdade com capacidade de transformar seu destino de ser em uma prática de autoconhecimento. O ser humano precisa conhecer a si mesmo para ser capaz de mudar sua relação consigo e com os outros, numa busca contínua pela verdade (WANZELER, 2011).

Boff (2005, p.34) afirma que nós somos “cuidado”, que o cuidado possui uma dimensão ontológica, ou seja, entra na constituição do ser humano. Ele nos acompanha, porque nunca deixaremos de amar alguém e de nos preocupar, nos inquietar por ele, caso contrário seríamos negligentes, mostraríamos indiferença, que é “a morte do amor”. O autor salienta que é importante colocar em tudo o cuidado, pois ele “é fundamental para qualquer interpretação do Ser. Se não nos basearmos no cuidado, não conseguiremos compreender o ser humano e sua relação do cuidar com o cosmos e o universo”.

Estas reflexões mostram que é necessário resgatar o verdadeiro sentido do cuidar de si, especialmente no que diz respeito a consciência do ser, bem como de suas habilidades e fragilidades. Isto é importante porque o homem precisa realizar atividades de autoconsciência,

autoanálise e autocrítica, ofertando conceito ao viver, o que seria sua necessidade de auto ética (MASCARENHAS, 2017).

Santos (2020) reflete em seu texto sobre o cuidado do público feminino, a participação da mulher no controle decisório sobre o seu corpo contribuindo assim para sua autonomia e bem-estar. Considerando a gestação que é um processo significativo na vida da mulher no qual o corpo ganha um novo simbolismo, a rotina passa por mudanças e a preparação para a nova ocupação de ser mãe. Essa temática ganha um peso maior tendo em vista que são altos os relatos de violência obstétrica no Brasil.

Silva (2018) fala sobre uma estratégia implantada na Neonatal do hospital de Belo horizonte, onde um salão de beleza foi proposto para as mães utilizarem durante o período que estava acompanhando o filho, com o intuito de manter a rotina de cuidados, melhorar a autoestima e distrair e reduzir estresse. A forma com que o indivíduo se vê, relaciona-se diretamente com a relação consigo mesmo ou com outras pessoas, bem como favorece ou limita o seu desempenho (CASTANHARO; WOLFF, 2014). Considerando que a realização de atividades de autocuidado permite que o indivíduo melhore sua autoimagem (LABBÉ; VALDÉS; LÛER, 2005). Favorecendo o bem-estar e a promoção de saúde.

Vaz (2017) Defende uma abordagem centrada na pessoa ancorada no respeito e parceria com o cliente, que reconhece a sua autonomia, a sua necessidade de fazer as próprias escolhas sobre cuidados que receber, a sua privilegiada experiência sobre sua condição de saúde, e seu potencial para contribuir para o processo terapêutico. Esta abordagem procura garantir serviços acessíveis e adequados ao contexto em que o cliente vive, busca valorizar o contexto da pessoa em seus aspectos coletivos, e reconhece esse contexto como uma dimensão influente.

Considerando toda a literatura acerca do cuidar, cabe ressaltar que uma visão caridosa do cuidar deve ser definitivamente descartada, dando lugar a uma reflexão de natureza filosófica, pautada nos princípios éticos, epistemológicos e ontológicos da terapia ocupacional como ciência do cuidado.

4.4. Cuidado coletivo

O cuidado coletivo refere-se à interconexão do indivíduo com a sociedade e à influência da cultura como elemento fundamental que influencia o modo como as pessoas se cuidam, nos níveis pessoal e profissional (Malfitano, 2019). Torna-se importante, nesse campo de

conhecimento teórico e prático, refletir, articular e produzir conhecimento ao nível do microsocial e do macroestrutural, político-operacional e da atenção às particularidades dos sujeitos.

Compreende-se, que o processo criativo suscitado pelas novas práticas de cuidado em saúde podem se debruçar sobre o cotidiano das pessoas, e seus significados. Só assim, é possível identificar os diversos ‘mundos’ que as pessoas ocupam e existem, para cuidá-las de maneira integral na sua comunidade, em suas relações (Ferreira, 2017). Significa reconhecer que há um público-alvo, diferenciado entre si de muitas formas, mas que cada pessoa combina e realiza identidades plenas a partir de marcas de identificação comuns de uma coletividade (França, 2015).

Pensar que a criação no território de um espaço que possa se configurar como um centro de convivência e cultura pode se constituir em um importante meio para a articulação comunitária, espaço este a ser utilizado para realização de diversas atividades que contribuam para o reconhecimento da diversidade cultural, resgate e manutenção da memória local, para a difusão dos saberes e fazeres tradicionais e científicos, fortalecendo os laços comunitários e dirimindo possíveis conflitos decorrentes da diversidade de crenças que habitam o mesmo espaço (França, 2015).

No candomblé o ensinamento é passado de pessoa para pessoa porque não há nada escrito. Aprendi vivendo o candomblé no dia a dia. Eu tive um problema na minha perna, procurei um médico ele disse que queria amputar porque o problema era muito grave; tomei várias injeções e não melhorou, então minha mãe procurou Pai de Santo e ele jogou os búzios e falou que o problema era espiritual, então foi feito o ebô. Fiquei seis meses sem poder caminhar. Após fazer as oferendas, outra entidade veio, colocou a boca no ferimento e puxou a secreção e com o passar dos dias foi secando, usaram muita aroeira, folha de pimenta samba caitá, folha de mamona (Membro do Terreiro)

Para uma população extremamente vulnerável e historicamente cerceada de seu direito à produção cultural e artística, promover um espaço facilitador do fazer estético-artístico significa também empoderá-la de seus saberes e identidades por meio da produção de múltiplas linguagens, constituindo-se também, desta forma, em estratégia de fomento à cidadania cultural (Machado, 2017).

Ao compreendê-lo de forma mais ampla no interior da estrutura social, o cuidado passa a atuar tanto no cenário político quanto no individual, de maneira que as políticas sociais passam a ter, igualmente, a conotação de ações de cuidado. Se a qualidade da interação social entre sujeitos, no âmbito das redes sociais comunitárias ou relações profissionais

especializadas, interfere fortemente nos efeitos da atenção à saúde, não se pode falar de cuidado sem no mínimo falar de democracia, justiça social, solidariedade, política social, capacidade de acesso aos bens sociais e dos tensionamentos e restrições produzidas pelos fatores econômicos (Contatore, 2019).

Nessa perspectiva o artigo mostra o relato de uma terapeuta ocupacional da ABS:

TO caminha muito junto com a posição política, a gente precisa estar sempre bem informado para se mobilizar para algumas ações. As coisas caminham juntas, você não pode ser um técnico e só, você precisa ter uma formação política para trabalhar no SUS. [...] se você trabalha no SUS, é fundamental você ter algumas ideologias do que é saúde, do que não é, do que é possível fazer e requerer do serviço público

Assim sendo, cuidar, segundo (BOFF, 2000 p. 90) é “conceder direito a cidadania [...] à nossa capacidade de sentir o outro; ter compaixão com todos os seres que sofrem, humanos ou não-humanos; obedecer mais à lógica do coração, da cordialidade e da gentileza do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas”.

4.5. Cuidado tácito

O cuidado como conhecimento tácito é resultante de um processo de socialização, que passa a ser descrito como atributo da espécie, uma prática pessoal coletivamente construída, fruto de longa experiência, convivência e transmissão complexa, pois necessita de interações prolongadas em uma cultura ou tradição, e está na esfera das ações informais (CONTATORE, 2017).

Esse cuidado retrata a lógica de que não é somente a área de saúde que oferece cuidado, é uma construção sociocultural, aprendido e exercitado diariamente com o convívio em comunidade. Estar relacionado a forma como a pessoa influenciada por tradições, experiências pessoais e vivências se organiza na sociedade, tornando possível uma interação dinâmica em vida social.

Maffioletti, Loyola e Nigri (2006) desdobra o cuidar em três dimensões: os cuidados visíveis, os cuidados invisíveis e técnica. O cuidado invisível, que aqui nos interessa, compõe uma atitude que depende de o indivíduo reconhecer a condição humana do outro, com dimensão acerca das experiências individuais e pessoais. Essa vertente vai de encontro com a ideia apresentada por Malfitano, e também Costa, Paulin, Cruz, 2018.

“Eu que tenho que tá ligando, mandando mensagem, olha, tem que fazer isso, tem que fazer aquilo né (...)” C4.

“Com o cuidar dele eu aprendi muito, a ser mais tolerante, a ter mais sabedoria né, ter mais paciência, enxergar as pessoas de uma outra forma” C2 (Costa, Paulin, Cruz, 2018).

O cuidado tácito está implícito em todo o manejo do terapeuta ocupacional, onde este percebe as comunicações não verbais do usuário, como ele chega ao serviço, o tom da sua voz e principalmente como ele ‘faz’. Este olhar primoroso traz o conhecimento de quem é o outro e as necessidades que o levaram a busca deste profissional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desta pesquisa identificou-se que não existe apenas uma forma de cuidado, e que ele não é exclusivo do campo da saúde, pois abrange relações sociais e culturais em suas efetivações. O terapeuta ocupacional que tem a formação voltada para a percepção da ocupação, deve engajar-se em criar possibilidades, rupturas e resistências para a garantia de significar e/ou ressignificar as distintas e múltiplas formas do ser, ou seja, na compreensão de um ser que ao agir, compreende-se como parte, em conexão que gera alterações em toda a sociedade.

Na análise dos materiais foram encontrados cinco eixos que contribuíram para a necessidade de ampliar a discussão, proporcionando a reflexão da prática do terapeuta ocupacional, de forma a refletir diretamente na forma de cuidar. Os eixos foram: A influência das Políticas de Saúde no Brasil na organização e produção de cuidados em saúde; Cuidado do outro; Cuidado de si; Cuidado coletivo e Cuidado tácito.

Os eixos demonstraram que o cuidado precisa ser dinamizado como uma prática reconstrutiva da autonomia dos sujeitos, desde que se considere a conjuntura local/global, priorize a libertação de fazeres, desconstruindo as amarras que o aprisionam e potencializando enfrentamentos de situações opressoras. Significa passar de técnico a agente público de mudança, de administrador de decisões a formulador e indutor das mesmas, de paciente a cidadão, de doente a pessoa humana, capaz tanto de sapiência criativa, quanto demolição destruidora, mas na perfeita imperfeição que conforma o ser humano como vida.

6 REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11. n. 3, 1995, p. 491-494.
- Assad, F. B.; Pedrão, L. J.; Cirineu, C. T. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 743-753, 2016 <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0738>.
- AYRES, J. R C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.1. 2001. p. 63-72.
- BARRETT, B., MARCHAND, L., SCHEDER, J., El al.. (2003). Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**, 9(6), 937–947.
- BARROS NF. **A Construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso / **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 90.
- _____. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 90.
- _____. **O cuidado essencial: princípio de um novo ethos**. Revista Inclusão Social, v. 1, n. 1, 2005.
- CAMPOS, G.S.W. Reforma da reforma – repensando a saúde. Hucitec, São Paulo. 1992.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa, 1989.

CONTATORE, Octávio Augusto; MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARROS, Nelson Filice de. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 21, n. 62, p. 553-563, set. 2017 .
Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300553&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 abr. 2021. Epub 20-Mar-2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>.

CONTATORE, Octávio Augusto; MALFITANO, Ana Paula Serrata; BARROS, Nelson Filice de. POR UMA SOCIOLOGIA DO CUIDADO: REFLEXÕES PARA ALÉM DO CAMPO DA SAÚDE. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, e0017507, 2019 .
Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100510&lng=en&nrm=iso>. access on 09 May 2021. Epub Feb 18, 2019. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00175>.

COSTA, A.C.M.B., PAULIN, G.S.T., CRUZ, K.C.T. Cuidar, cotidiano e ocupações: um olhar da terapia ocupacional sobre cuidadores familiares de idosos. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. 2018, v.2(1): 15-31.

DE CARLO, M. M. R. P; BARTALOTTI, C. C. **Caminhos da terapia ocupacional**. In: **Terapia ocupacional no Brasil : fundamentos e perspectivas** [S.l: s.n.], 2001.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In_____. (Org.) DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 03.

FRANÇA, M. M. L.; QUEIROZ, S. B.; BEZERRA, W. C. Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e terapia ocupacional: um diálogo possível?. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 24, n. 1, p. 105-116, 2016 <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0583>.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo: pensamento humano**. Petrópolis: Vozes, 1988.

LEHNINGER, M. Care the essence of nursing and health. Thorofare,N.Y: John Wiley, 1984.

LOPES, R.E.; MALFITANO, A.P.S. Terapia social ocupacional, cidadania, direitos e políticas: conectando as vozes de coletivos e indivíduos. In: SAKELLARIOU, D .; POLLARD, N. (Org.). *Terapias ocupacionais sem fronteiras* . Londres: Elsevier, 2017. p. 245-256.

MACHADO, KS, SIMAS, RS. Redução de danos, insumos e experiência estética: uma análise da prática no consultório na rua do município do Rio de Janeiro. **Rev.Interinst. Bras. Ter. Ocup. (Rio de Janeiro)**. 2017; 1(1): 67-83. DOI: 104777/2526-3544.rbto4823

MALFITANO, Ana Paula Serrata; SAKELLARIOU, Dikaio. Care and occupational therapy: what kind of care definition do we have?. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos , v. 27, n. 3, p.

681-685, Sept. 2019 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526

89102019000300681&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Apr. 2021. Epub Sep 05,

2019. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoarf1886>.

MÂNGIA, E. F. Contribuições da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 127-134, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 315 p.

MASCARENHAS, Yraguacyara Santos. et al. **O cuidado e suas dimensões: uma revisão bibliográfica**. Caicó, ano 10, n. 1, Jan.-Jul. 2017, p. 85-106. ISSN 1984 – 5561

MATSUKURA, Thelma Simões, SALLES, Mariana Moraes; Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da terapia ocupacional no campo da saúde mental; **EdUFSCar**, São Carlos; 2016.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MORIN, E. M. **O conhecimento do conhecimento**. Sulina, Porto Alegre. 1999.

PAIVA, Carlos.; TEIXEIRA, Luiz. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PIRES, D. Cortez. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**. São Paulo. 1989.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n.4, p. 1025-1035, 2005.

POLLARD, N .; SAKELLARIOU, D. O terapeuta ocupacional como ser político. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, pág. 643-652,

2014. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.087> .

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. Epistemologias do Sul. Coimbra: Edições Almedina, 2010. (Série Conhecimento e Instituições).

SANTOS,V.M., FORNERETO, A.P.N. Sobre o ser doula: possíveis atuações de terapeutas ocupacionais no parto e nascimento. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro**. 2020. v.4(5):742-758. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto30788

SCHVEITZER, M. C. Concepções de saúde e cuidado de práticas

integrativas/complementares e humanizadoras na Atenção Básica: uma revisão sistemática [tese]. **São Paulo: Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo; 2015.

SILVA, Rodrigo Alves dos Santos. A formação graduada de terapeutas ocupacionais para o cuidado na atenção primária à saúde no estado de São Paulo. **São Carlos : UFSCar**, 2016. 183 p.

SILVESTRINE, M. S.; SILVA, C. R.; Almeida Prado, A. C. S. Terapia ocupacional e cultura: dimensões ético-políticas e resistências. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 27, n. 4, p. 929-940, 2019 <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1727>

SILVA, MNRMO. et al. Desenvolvendo e articulando a rede intersetorial para cuidado integral de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p145-152, 2014. [acesso em 2015 abril 27] Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.039>

SOARES, Cassia Baldini; CAMPOS, Célia Maria Sivalli. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. [S.l: s.n.], 2013.

TELESI, Júnior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Rev. Estudos Avançados**. 2016. Abr; 30(86): 99-112.

TREVISANA, A. R. et al. A intervenção do terapeuta ocupacional junto às pessoas hospitalizadas: adotando a abordagem dos cuidados paliativos. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 1, p. 105-117, 2019 <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1263>

TRONTO, J. Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade e Estado* , Brasília, v. 22, n. 2, pág. 285-308, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922007000200004> .

TRONTO, J. *Limites morais*: um argumento político para uma ética do cuidado. Nova York: Routledge, 1993.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. 2005, vol.39, n.3, pp. 507-514.

VAZ, D. V.; JUBILINI, L. G.; QUEIROZ, L. C. Prática centrada no cliente na reabilitação: definição, instrumentos e desafios. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 122-127, 2017. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v28i1p122-127.

WANZELER, M. C. **O cuidado de si em Michel Foucault**. João Pessoa, 2011. Disponível em: <<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/5579/1/arquivototal.pdf>>.

ZOBOLI, E.L.C.P. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Rev Esc Enf USP**. 2004, 38(1):21-7.

