

Universidade Estadual de Campinas
Departamento de Saúde Coletiva
Residência Multiprofissional em Saúde Mental
Nicole Guimarães Cordone

**Reflexões sobre as proposições de atividades em
Terapia Ocupacional:**

**Relato de experiência de uma terapeuta ocupacional na
Residência Multiprofissional em Saúde Mental.**

Trabalho de Conclusão de Curso da
Residência Multiprofissional em Saúde
Mental do Departamento de Saúde Coletiva
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Orientadores: Ellen Ricci

Thiago Lavras Trapé

Coordenadora: Rosana Onocko Campos

Campinas

2016

*Vamo entalhar melodia
Na madeira da poesia
Esculpir a jangada
Pra navegar a palavra.
(Clarianas)*

Sumário

1.	Prefácio	4
2.	Introdução	6
2.1	A constituição da Terapia Ocupacional como profissão – Uma retrospectiva histórica	6
2.2	O uso de atividades em Terapia Ocupacional – Os diferentes modelos ..	8
2.3	Atividades e a criação de territórios existenciais	9
2.4	Encontros e a potência de agir	12
3.	Contextualização dos campos de atuação	14
4.	Narrativas, fragmentos e reflexões sobre as experiências com atividades	19
4.1	Complexo Hospitalar Ouro Verde	19
4.2	Centro de Convivência Casa dos Sonhos	25
4.3	Centro de Saúde Rosália	31
4.4	Centro de Atenção Psicossocial AD Reviver	33
5	Considerações Finais	40
6	Referências bibliográficas	42
7	Anexo	44

1. Prefácio

"Vou mostrando como sou,
E vou sendo como posso,
Jogando meu corpo no mundo,
Andando por todos os cantos
E pela lei natural dos encontros
Eu deixo e recebo um tanto."

(Mistério do Planeta - Novos Baianos)

Nesse trabalho pretendo trazer uma reflexão sobre as proposições de atividades em Terapia Ocupacional. A partir das narrativas de fragmentos da experiência vivida nesses dois anos de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, buscarei explorar os objetivos das intervenções com atividades e as formas de analisá-las.

Iniciarei aqui relatando como se deu minha aproximação com a Residência e consequentemente, na Rede de Saúde Mental de Campinas. Prestei a residência na Unicamp por indicação de uma amiga que falou sobre a alta qualidade do programa e sobre a rede estruturada de saúde mental de Campinas (referência nacional). Quando passei decidi me aventurar por esse caminho desconhecido, sem saber o que eu iria encontrar.

Deparei-me com um turbilhão de coisas novas: cidade, casas, pessoas, serviços de saúde e decidi mergulhar nessa experiência de muito movimento e vida. Foram encontros que me afetaram, me ensinaram e me transformaram.

Fazem parte desse caminho percorrido as vivências nos serviços que escolhi trabalhar nesses dois anos: Caps AD Reviver, Centro de Saúde Rosália, Centro de Convivência Casa dos Sonhos e Enfermaria de Saúde Mental do Hospital Ouro Verde; as experiências na Unicamp (supervisões, aulas, encontros de rede, grupo de estudos sobre Espinosa); além da participação em movimentos sociais e culturais (Luta Antimanicomial de Campinas, Semana de Audiovisual de Campinas e Comissão de visibilidade da população em situação de rua).

A partir da experiência vivida nos campos de atuação como residente multiprofissional, pretendo refletir sobre como se deu as proposições de atividades grupais e individuais. Sobre *experiência*, Bondiá (2002), expõe:

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (p.24).

Também utilizarei aqui a contribuição de Jean Oury (1991), que afirma no texto “Itinerários de Formação” a importância de “extrair do campo cotidiano, onde tudo está frequentemente misturado, as coisas mais pregnantes, as coisas essenciais que na maioria das vezes não aparecem” (p.4). Desse modo, a partir do relato e da análise das experiências de proposições de atividades durante meu processo de formação como residente multiprofissional, tentarei fazer nesse trabalho os exercícios propostos por Bondiá e Oury.

2. Introdução

2.1 A constituição da Terapia Ocupacional como profissão – Uma retrospectiva histórica

Ao recuperar a história da Terapia Ocupacional, percebe-se que ela não é linear. A profissão assumiu e continua assumindo diferentes características ao longo do tempo e as práticas se manifestaram em diferentes contextos. Além disso, é importante ressaltar que o uso das atividades como forma de tratamento, não necessariamente indicam o início da profissão. Pois desde datas remotas há a presença do uso de atividades relacionadas às questões de saúde e doença, mas não necessariamente esses usos tem relação com a Terapia Ocupacional (Medeiros, 2010).

A profissão surgiu no Canadá e Estados Unidos no atendimento em hospitais gerais e aos doentes mentais. Durante a Primeira Guerra Mundial houve a preparação de um grande número de pessoas para realizarem o tratamento de acidentados e neuróticos de guerra. A partir daí começou a se construir sistematizações metodológicas para o uso de atividades de acordo com o grau de incapacidade do doente (Medeiros, 2010).

A criação da primeira escola formadora de terapeutas ocupacionais foi em 1917 nos Estados Unidos. Então, a profissão se estabeleceu como área própria de conhecimento e começaram a surgir escolas, associações profissionais, oficialização de currículos, criação do código de ética profissional, realização de congressos internacionais e a criação da Federação Mundial (Hopkins; Woodeside, Kielhofner apud Medeiros, 2010).

Em outros países, como Inglaterra, embora já houvesse a prática do uso de atividades para funções terapêuticas e cursos de curta duração para formação especializada nesse campo, o estabelecimento da Terapia Ocupacional como profissão se deu na Segunda Guerra Mundial (Medeiros, 2010).

No cenário brasileiro, tivemos grande influência Europeia na assistência psiquiátrica do século XIX com a vinda da família real para o Brasil. Com a construção do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro em 1852 houve a criação de oficinas de trabalho como modo de distrair e disciplinar os doentes mentais. Também houve o desenvolvimento do uso do

trabalho para a assistência psiquiátrica na Colônia Juliano Moreira (RJ) e em Franco da Rocha (SP), na perspectiva do tratamento moral (Medeiros, 2010).

O Tratamento moral foi instituído por Pinel, que transformou o trabalho na base do funcionamento asilar. Ele acreditava que as atividades laborativas proporcionavam a manutenção da saúde, da ordem e um comportamento adequado. Através das atividades era realizado o controle do tempo, dos corpos e das mentes das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos (Medeiros, 2010 e Lima, 2004b). Lima (2004b) afirma que “o hospício os isola do contato com o mundo exterior e passa a se encarregar da totalidade de suas vidas, prescrevendo para eles ocupações; entre elas, o trabalho tem lugar de relevo como principal meio de cura” (p.3).

Sobre o uso do trabalho nos hospícios e na sociedade, Lima (2004b) aponta que:

o trabalho não foi instituído como medida de sanidade mental somente no interior do asilo. A valorização e dignificação do trabalho eram base para a construção de uma nova sociedade organizada em torno da produção capitalista que requeria a sujeição do ritmo da vida ao tempo da produção. A indicação do trabalho como medida terapêutica surge no bojo de reformas humanitárias, da busca de igualdade entre os homens, do surgimento da sociedade industrial e da transformação da loucura em doença mental, que estavam em curso no final do séc. XVIII e início do XIX, na Europa, e mais fortemente na França (p.4).

Na década de 40 houve a criação do *Serviço de Terapêutica Ocupacional* dirigido pela psiquiatra Nise da Silveira no hospital psiquiátrico em Engenho de Dentro (RJ). Nise desenvolveu importante trabalho com atividades expressivas e terapêuticas, pesquisas e publicações na perspectiva junguiana (Medeiros, 2010). Essa experiência influenciou, mais tarde, a prática da Terapia Ocupacional.

O estabelecimento da profissão Terapia Ocupacional ocorreu no Brasil em 1957. Nesse ano:

Uma equipe da ONU (Organização das Nações Unidas) instalou no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo um curso de formação de terapeutas ocupacionais com duração de doze meses. Em 1964, já com duração de três anos, o curso foi regulamentado e, em 1969, reconhecido como de nível superior. A profissão foi oficializada em 1971 e, em 1975, foi criado o conselho profissional juntamente com os fisioterapeutas – o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (–Coffito).

Atualmente existem cursos de graduação em quase todos os estados do país (Medeiros, 2010, p.44).

2.2 Os diferentes modelos de atuação em Terapia Ocupacional

A Terapia Ocupacional (TO), nascida no âmbito médico, tinha como objetivo a partir da sua criação em 1917, a manutenção do indivíduo ocupado com perspectivas de treinamento vocacional. Nessa época a profissão era utilizada para o tratamento moral e no atendimento de soldados e pacientes cronicamente incapazes.

Conforme a Terapia Ocupacional foi se constituindo como profissão, buscou inspiração nos procedimentos e teorias médicas e psicológicas para seu modelo de atuação, que consistia em “Exercícios físicos, estimulação sensorial, atividades sequenciais do desenvolvimento humano, atividades significativas para expressão e organização do ego, reforços e extinção de comportamentos” (Medeiros, 2010, p.49).

Kielhofer (1985) apud Medeiros (2010) denomina como *Fase de reducionismo* o período de 1942 a 1960, quando a profissão estava alinhada com o Movimento de Reabilitação dos Estados Unidos e atuava com incapacitados físicos e mentais com o objetivo de favorecer a restauração da função útil. A Terapia Ocupacional atuava nas áreas de especializações médicas (ortopedia, neurologia, psiquiatria e reabilitação de pessoas com deficiências visuais e auditivas).

Diversos autores classificam de formas diferentes os modelos em Terapia Ocupacional. De acordo com Medeiros (2010), é possível resumir os principais modelos da seguinte forma:

- 1) Comportamentalista, Intrapsíquico e Sensório-integrativo: Modelos de cientificidade reducionista nos quais, o ser humano é concebido como um animal racional, psicológico e social, mas desconsidera-se o contexto histórico-político-social em que vive. Ele é concebido e tratado em partes.
- 2) Modelos de perspectiva humanista: Buscam entender as manifestações humanas de maneira mais totalizante, no seu estar no mundo. Utilizam concepções

fenomenológicas e existencialistas e priorizam as relações e interações do indivíduo e seu ambiente.

- 3) Modelo de Ocupação Humana: Baseado na “Teoria Geral de Sistemas” (Kielhofner & Burke).
- 4) Modelo de Concepção materialista-histórica: Há um esforço atual, com base nas práticas transformadoras do Sistema Único de Saúde, em sistematizar um modelo que tenha como pressuposto uma concepção materialista-histórica do homem e da sociedade. Um modelo que se propõe a ser utilizado no processo de libertação do homem inserido numa relação de produção capitalista para uma transformação radical da sociedade.

2.3 Atividades e a criação de territórios existenciais

Foi apresentado anteriormente um breve resumo dos diferentes modelos de atuação utilizados ao longo da história pela TO. A partir disso, podemos conceber a existência de *múltiplas Terapias Ocupacionais*, nas quais de acordo com os conceitos de homem, saúde e doença que utilizam, imprimem diferentes modelos de assistência. A escolha desses modelos teórico-práticos resulta da escolha de pressupostos conceituais, científicos e filosóficos e indica as maneiras de aplicação das atividades como recursos terapêuticos. Na medida em que essas práticas se realizam e intervêm no campo social, essas escolhas também têm finalidades políticas (Medeiros, 2010).

Como vimos anteriormente, as atividades podem ser utilizadas para a manutenção das instituições totais, sem que se coloque em questão a exclusão social que estas exercem e realizam (Lima, 2004b). Mas “podem, também, paradoxalmente, serem importantes aliados das propostas de transformação institucional, ferramentas estratégicas no caminho da desinstitucionalização e da construção de novas instituições em saúde mental” (Lima, 2004b, p.2).

Para discorrer e refletir sobre o uso de atividades em TO serão utilizados como referência nesse trabalho autoras que compreendem a proposição de atividades na perspectiva de desenvolver as possibilidades do indivíduo, como sujeito de sua própria

história, interferir na qualidade de sua vida mediante o seu fazer, com foco na autonomia e considerando o contexto histórico-social e político em que os corpos estão inseridos e entendendo saúde como um direito social (Medeiros, 2010).

A Terapia Ocupacional tem como objeto e instrumento de trabalho as atividades humanas. Essas são da ordem dos sujeitos e dos coletivos e possuem sentidos e determinações culturais, históricas, de gênero, econômicas, etc. Muitas vezes as atividades em TO são utilizadas de formas protocolares, de acordo com lógicas de classificações e categorizações e “há modos de fazer que são a efetuação da exclusão, da submissão, da repetição vazia e mortífera” (Quarentei, 2001, p.6).

No sentido contrário a esses usos, Quarentei (2007) apresenta o conceito de atividades como territórios existenciais (termo que desenvolve a partir da leitura de Deleuze e Guatarri). Nessa concepção, as atividades são exercidas e efetuadas como acontecimentos nos lugares e tempos onde existimos e criamos nossos modos de viver; são nosso chão, matéria e potência para existirmos. Dessa forma, para além de realizações de tarefas, as atividades humanas são acontecimentos de vida, e estão ligadas as necessidades e a potência de expressão e criação (Quarentei, 2007).

Na perspectiva construtivista/criacionista defendida por Quarentei (2007) a tarefa da Terapia Ocupacional consiste em “instituir processos de experimentação, apreciação e afirmação, construção de si, vida(s) e mundo(s), ou um “cuidar-de-si”, experimentar como produtor constituir-se pertencente e, construir uma nova ação no mundo” (Furtado, 1999, apud Quarentei, 2007, p.10).

Desse modo, a autora compreende as atividades como exercícios de criação, processos de experimentação, afirmação de potência e vida, produção de modos de estar no mundo e de novas subjetividades, construtora e transformadora do sujeito e da vida (Quarentei, 2007).

Para além dessa concepção da proposição de atividades para criação de novos modos de existência, o trabalho clínico, alinhado com uma prática social, busca construir significados coletivos para essas novas formas de existência e suas produções materiais. Esse trabalho deve ter um direcionamento na inclusão do indivíduo em redes de interação social,

possibilitando, assim, um trabalho de reinserção social e aumento da qualidade de vida (Lima, 2004b).

As considerações de Lima (2004) são também muito pertinentes para compor com essa discussão. A autora defende a invenção de uma análise de atividades que contribua para a “construção de um olhar que possa oferecer acolhimento aos sujeitos em atividade e se deixar afetar por esses sujeitos e por seus fazeres” (p. 43). Trata-se de um olhar que atento as sutilezas, novidades e singularidades “cria sentido para aquilo sobre o qual se debruça e devolve este sentido (p.44)”.

Para realizar essa análise de atividades, Lima (2004), propõe:

Mais do que aprender sobre as características de cada atividade, o que esta outra análise de atividade pode nos ensinar é a olhar para nós mesmos em nossas ações e em nosso fazer; a olhar para o outro em suas ações e buscar aí, no limiar do invisível, a intrincada trama de afetos, histórias e saberes; e a olhar para cada atividade em suas infinitas possibilidades, incluindo a abertura para o futuro de novas experiências com os materiais, com as técnicas, com a cultura e com o mundo humano. (p.47).

Para que se possa estabelecer uma comunicação nesse processo terapêutico que se da a partir de um encontro com o usuário através da realização de atividades “é fundamental que se possa escutar e olhar a ação da pessoa no mundo, acolher esta ação, que é de qualquer forma expressiva e diz alguma coisa, mesmo que ainda não seja possível nomear aquilo que é dito” (Lima, 2004, p. 46).

É importante nos atentarmos para o fato de que essa troca estabelecida pode estimular a potência de criação, bem como ferir, dominar, e tolher a liberdade do outro. Por isso se faz necessário nos indagarmos constantemente sobre nossas próprias práticas e refletir sobre os sentidos das nossas proposições para quem a realiza, problematizando o porquê da realização da atividade, como ela está sendo feita e em que situação isso acontece. Esses sentidos são construídos no encontro com o outro.

Lima (2004b) também traz uma importante contribuição na discussão sobre as atividades artísticas. Ela expõe que essas atividades, influenciadas pelas perspectivas de arte contemporânea, são importantes instrumentos de valorização da expressão, de descoberta e ampliação de possibilidades individuais e de diferentes possibilidades de ser e de acessos

aos bens culturais. Para a autora a potência do trabalho da Terapia Ocupacional está em “possibilitar a cada um a descoberta de uma forma própria de construir sua ação no mundo” (Lima, 2004, p.47).

2.4 Encontros e a potência de agir

Por fim, gostaria de acrescentar nessa discussão introdutória algumas ideias inspiradas em Espinosa, filósofo do século XVII, e em outros autores, como Deleuze, que podem nos ajudar a refletir sobre os encontros ocorridos na prática clínica (entre terapeutas, usuários e atividades) e sobre as potencialidades dos sujeitos atendidos.

Espinosa define um corpo pelo poder de afetar e ser afetado e pelas relações de velocidade e lentidão, repouso e movimento que estabelece (Deleuze, 2002). Os corpos existem em relação, que podemos chamar de encontros. De forma geral, os encontros podem ser divididos em bons ou maus. O critério para essa definição é o aumento ou diminuição da potência de agir experimentada em decorrência deles.

Sobre esse tema, Bittencourt (2012) afirma que:

O aumento da nossa potência de agir se origina diretamente da ocorrência de um bom encontro, que decorre, por sua vez, da nossa capacidade de, mediante a compreensão do fluxo de afetos que são gerados através das impressões das causas externas, utilizarmos essa relação como suporte para a ampliação do sentimento de alegria em nosso ânimo, posto esse afeto se transformou em causa ativa, da qual temos pleno domínio (p.108).

Portanto, nossa potência de agir sofre constantes variações ao longo do dia e é aumentada ou diminuída conforme os encontros que acontecem. É importante compreender as causas desses afetos de alegria ou tristeza e entender o que há em comum entre o corpo que me afeta e o meu, que me traz alegria, e o que naquele corpo não me convém. A partir disso os encontros podem ser selecionados para que se tenham bons encontros e se resista aos maus encontros (Deleuze, 2005).

Muitas vezes é necessário fazer um exercício de não olhar uma situação somente pela impotência, mas acreditar na potência dos sujeitos. Deleuze (2005) afirma que “cada

ser, qualquer que seja, de todas as maneiras efetua tudo o que pode sua potência, isto torna todos os seres iguais” (p. 27).

Para desenvolver a prática clínica em Terapia Ocupacional, é importante que se tenha abertura para o encontro com o outro na percepção de suas potencialidades, diferenças e nas trocas efetivas que esse encontro proporciona, numa perspectiva de ampliação de vida, criação de novos territórios existenciais e construção do comum.

3. Contextualização dos campos de atuação

Os equipamentos onde atuei nos dois anos da Residência Multiprofissional fazem parte da rede de Saúde Mental de Campinas, reconhecida nacionalmente pela abrangência dos serviços de saúde mental que possui, o que faz com que seja referência nessa área.

Através do estabelecimento de um convênio de co-gestão entre Prefeitura Municipal de Campinas e o Sanatório Dr. Cândido Ferreira em 1990, teve início o movimento de transformação desse tradicional hospital psiquiátrico. Essa instituição passou a ser chamada de Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, operando com base nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Desde então vem se construindo uma rede de Saúde Mental na cidade. (Merhy, Feuerwerker et al; 2007-2016).

Atualmente, a rede de Saúde Mental de Campinas é composta por serviços próprios municipais e pelos serviços em co-gestão com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira envolvendo no total seis Caps III, quatro Caps ad, quatro Caps i, oito Centros de Convivência, Oficinas de trabalho e geração de renda, Serviços Residenciais Terapêuticos, um Núcleo de Retaguarda, uma Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral e a presença de equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde.

Recentemente os serviços de Saúde Mental foram regulamentados na Portaria Nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinada ao atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Apresentarei a seguir os serviços da rede de saúde e saúde mental de Campinas que foram os campos em que atuei como residente multiprofissional, locais onde aconteceram as vivências que irei relatar durante o presente trabalho.

Centro de Saúde Rosália

O Centro de Saúde Rosália está definido na portaria como Unidade Básica de Saúde. É um ponto de atenção da RAPS na atenção básica e é gerido pela Prefeitura Municipal de Campinas. Conforme definição da portaria é:

constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil,2011, p.4).

No ano de 2014 dividi minha carga horária em dois campos de atuação (CS Rosália e Caps ad Reviver). Desenvolvi algumas atividades no CS indo no serviço de uma a duas vezes por semana, conforme necessário. De forma geral as atividades realizadas por mim no CS foram: atendimentos individuais (grande parte da carga horária), participações em reuniões de uma das equipes de saúde da família, visitas domiciliares, atendimentos em outros equipamentos da rede, criação de um grupo de pais, construção de rede, mapeamento dos equipamentos do território, entre outras.

Centro de Atenção Psicossocial (Caps) AD Reviver

O Caps é o ponto de atenção da RAPS na atenção psicossocial especializada. O Caps ad III atende adultos com necessidades de cuidados clínicos contínuos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. É um serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes (Brasil, 2011).

O Caps AD III Reviver é o primeiro Caps AD 24 horas de Campinas, possui 50 profissionais, sendo 20 de nível superior e 30 com nível técnico ou ensino médio completo. É referência para os distritos Leste e Norte de Campinas (450 mil habitantes) e atende adultos: em média 450 usuários por mês. Possui oito leitos noite. É uma unidade do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF).

Atuei no Caps ad Reviver durante os anos de 2014 e 2015, com permanência de apenas um período da semana no último ano. Pude desenvolver e participar de diversas atividades: plantão, acolhimentos novos, atendimentos de referência, grupos, criação de um novo grupo (grupo de leito), matriciamentos, discussão de casos, reuniões de equipe, ambiência, planejamento, busca ativa, visitas domiciliares, acompanhamentos terapêuticos,

entre outros. Aprendi muito sobre os processos de trabalho de um Caps e sobre o cuidado de pessoas que fazem uso abusivo ou prejudicial de álcool e outras drogas.

Centro de Convivência Casa dos Sonhos

O Centro de Convivência (CECO) Casa dos Sonhos é um serviço do Sistema Único de Saúde com parceria com a Proteção Social Básica do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Trata-se de uma unidade do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), instituição filantrópica de saúde mental conveniada, desde 1990, com a Prefeitura Municipal de Campinas.

De acordo com a portaria da RAPS (2011), os Centros de Convivência são serviços estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, através da construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças.

O CECO Casa dos Sonhos tem a missão de “Ser um espaço aberto à comunidade, construído coletivamente, com a intenção de facilitar convivência, qualidade de vida, inserção social e a troca de saberes através de atividades de saúde, educação, cultura, esporte e lazer.”¹ São oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção cultural na comunidade.

A equipe é composta por uma gerente, duas assistentes sociais, duas monitoras, duas auxiliares de limpeza, duas auxiliares de serviços gerais, um vigilante, quatro professoras da Fumec (Fundação Municipal para Educação Comunitária), uma educadora de saúde, dois agentes de saúde, um auxiliar de enfermagem, um oficinairo, um assistente administrativo, duas residentes multiprofissionais de saúde mental (uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional) e doze voluntários que realizam atividades diversas.

Atuei no CECO Casa dos Sonhos durante o ano de 2015, período em que também fiz carga horária na enfermaria de Saúde Mental do Hospital Ouro Verde e no Caps ad Reviver. Participei de grupos de artesanato e convivência, criei um grupo de teatro para crianças

¹ Trecho extraído de um documento do Centro de Convivência Casa dos Sonhos que é entregue para as pessoas que chegam para conhecer o serviço.

realizado numa Organização não Governamental do território, participei das reuniões de equipe, realizei atendimentos individuais, entre outros.

Enfermaria de Saúde Mental do Complexo Hospitalar Ouro Verde

A enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, é um ponto de atenção da RAPS na atenção hospitalar. De acordo com a portaria “oferece tratamento para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas” (Brasil, 2011, p.7). A portaria também expõe que:

o cuidado ofertado no âmbito da enfermaria especializada em Hospital Geral deve estar articulado com o Projeto Terapêutico Individual desenvolvido pelo serviço de referência do usuário e a internação deve ser de curta duração até a estabilidade clínica. O acesso aos leitos na enfermaria especializada em Hospital Geral deve ser regulado com base em critérios clínicos e de gestão por intermédio do Caps de referência e, no caso do usuário não acessar a rede por meio deste ponto de atenção, deve ser providenciado sua vinculação e referência a um Caps, que assumirá o caso. Além disso, a equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar (Brasil, 2011, p.7).

A enfermaria de Saúde Mental do Complexo Hospitalar Ouro Verde, é um serviço público, gerido pela Organização Social SPDM a partir de convênio firmado com a Prefeitura Municipal de Campinas.

Atuei na enfermaria durante o ano de 2015. Nesse período alguns profissionais da equipe multiprofissional foram saindo e não houve contratação e reposição dos cargos. Por fim, a equipe ficou composta por: um enfermeiro e três técnicos de enfermagem por plantão (tendo três plantões por dia), uma psicóloga, uma assistente social, cinco médicos psiquiatras com cargas horárias diferentes que cumprem função de preceptores dos residentes do primeiro ano de psiquiatria, que são quatro, sendo um dos médicos o

coordenador geral da enfermaria; duas terapeutas ocupacionais residentes em saúde mental e uma escriturária.

Com exceção dos profissionais da enfermagem e da escriturária, os outros profissionais se dividem em duas miniequipes, cada uma responsável por dez leitos dos vinte da enfermaria. Os profissionais da limpeza e da manutenção se dividem em todo o hospital. A chefia é uma médica que não está presente no cotidiano da enfermaria.

Para além dessa chefia, as coordenações de cada núcleo profissional são diferentes e estão espalhadas pelo hospital. As equipes médicas, de enfermagem e multiprofissional respondem ao coordenador da enfermaria (médico psiquiatra), que dialoga com instâncias superiores do hospital e também trabalha na assistência e na preceptoria dos residentes médicos. Os técnicos de enfermagem respondem ao enfermeiro responsável pelo plantão, e todo núcleo de enfermagem responde a um supervisor de núcleo do hospital. A psicóloga responde a uma fisioterapeuta que coordena a equipe de reabilitação do hospital, que não possui experiência em saúde mental e não está presente no cotidiano da enfermaria; e a assistente social responde ao serviço social do hospital, que também tem pouca proximidade com a Enfermaria de Saúde Mental.

Para tentar responder a defasagem da equipe multiprofissional, três terapeutas ocupacionais e um fisioterapeuta da equipe de reabilitação do hospital vão em alguns períodos da semana realizar grupos pontuais. São profissionais que por não estarem no cotidiano da enfermaria, não conhecem as pessoas internadas e não estão apropriados das discussões de caso em miniequipes. Essa organização gera fragmentação dos processos de trabalho e dificulta a vinculação dos usuários e profissionais, já que esses estão na enfermaria em momentos pontuais durante a semana.

Em um determinado momento do ano de 2015, os profissionais da equipe multiprofissional da enfermaria, por estarem em número reduzido, saíram do papel de referência dos casos, que antes era feito em dupla, junto com os residentes de psiquiatria. Dessa forma, somente os residentes médicos passaram a assumir a referência de cuidado das pessoas internadas. A equipe multiprofissional ficou responsável por realizar grupos e atendimentos individuais e acompanhar os usuários na área externa, pois esses não podem ficar sem acompanhamento nesse espaço pelos riscos de fuga.

4. Narrativas, fragmentos e reflexões sobre as experiências com atividades

Contraditórias, coerentes, angustiadas, instigantes, as questões sempre surgem... Elas revelam quanto o processo é bonito e dolorido. Bonito, porque proporciona o novo, a alegria das descobertas; porque reflexivo dos valores e desejos mais pessoais e coletivos. É dolorido porque exige a revisão do que aparentemente estava seguro, acomodado e pronto – provocando muitas vezes resistências internas – e porque evoca a necessidade de se criar coisas novas.

Bonito e dolorido, enfim, porque exigente de um posicionamento crítico e transformador, tanto das práticas como de si mesmo. (Medeiros, 2010)

Serão apresentados a seguir alguns relatos e reflexões sobre experiências ocorridas nos serviços onde atuei como residente multiprofissional nos últimos dois anos. Experiência aqui entendida como o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca e o modo como lhe atribuímos ou não um sentido (Bondía, 2002).

Os fragmentos a serem apresentados, registrados em diário de campo ou reativados a partir da memória, se relacionam com situações vividas nas quais o uso de atividades estava presente como propostas de intervenções nos serviços, por diferentes profissionais, inclusive eu mesma, e com diferentes objetivos (terapêutico, de convivência, de criação e expressão, de ocupação do tempo ocioso, entre outros).

4.1 Enfermaria de Saúde Mental do Complexo Hospitalar Ouro Verde

A Enfermaria de Saúde Mental do Hospital Ouro Verde está organizada atualmente de modo complexo e difuso. As diferentes coordenações para os diferentes núcleos profissionais, sendo que algumas não estão presentes no cotidiano da enfermaria, gera

fragmentação dos processos de trabalho, mensagens contraditórias, discursos e práticas diferentes.

No processo de trabalho que vivi na enfermaria, percebi que essa está funcionando numa lógica *médico-centrada*, na qual os profissionais médicos ocupam um importante lugar de poder, sendo seu saber o mais valorizado, o que define as condutas e são esses profissionais que estão como as únicas referências de todos os casos atendidos na enfermaria. Essa lógica que muitas vezes é preponderante em ambientes hospitalares, que funcionam de acordo com o modelo biomédico, se agravou pelo esvaziamento da equipe multiprofissional da enfermaria, pois terapeutas ocupacionais e psicólogos que eram contratados foram saindo por diversos motivos e não houve recontração desses cargos na equipe multiprofissional.

As discussões de casos nas reuniões de equipe na maioria das vezes priorizavam a identificação de sintomas das pessoas internadas e a possibilidade de remissão desses através das intervenções medicamentosas, que é uma aposta terapêutica considerada de grande importância no período da internação. O contexto sócio-familiar, os projetos de vida, os interesses e potências das pessoas internadas são pouco trazidos para as pautas de discussão e muitas vezes não são considerados no projeto terapêutico dos casos.

Considero a importância da utilização das medicações como parte do tratamento, se feita de forma responsável, não abusiva e com indicação, mas acredito serem necessárias outras intervenções terapêuticas que considerem o contexto dos sujeitos atendidos, seus desejos, escolhas, potências e sofrimento e que não tenham como objetivo a normatização ou adaptação do sujeito.

Sobre os discursos psiquiátricos dominantes Medeiros (2010) afirma que:

O tratamento consiste em eliminar os sintomas. Não se questionam, no entanto, as razões que originaram determinados sentimentos e ações. Nessa perspectiva a felicidade pode ser adquirida por meio de pílulas, e a psicofarmacologia é a grande patrocinadora de corpos dóceis e adaptados (p. 164).

Em relação ao uso de atividades na enfermaria, percebo que muitas vezes elas são convocadas pelos profissionais e pelas pessoas internadas com o objetivo de ocupação do tempo ocioso, de distração, como forma “do tempo passar mais rápido” e para que as

peessoas internadas se envolvam em alguma atividade e não solicitem tanto os outros profissionais.

Normalmente as atividades são desenvolvidas num espaço denominado pelos profissionais como ateliê e acontecem quase todos os dias quando há pessoas da equipe multiprofissional (psicólogos, terapeutas ocupacionais e/ou assistente social) que se disponibilizam a acompanhar a realização das atividades.

O tipo de atividade realizada é livre e feito a partir da escolha de cada um. Para tanto, são disponibilizados materiais diversos como: tinta, peças de madeira, telas, barbantes, linhas, tecidos, guardanapos, palitos, papéis, peças para mosaico, massa de biscuit, entre outros. Em alguns momentos durante o ano não foi disponibilizado recursos financeiros para a compra de materiais, o que limitou bastante as possibilidades de atividades a serem realizadas.

Descreverei a seguir uma cena ocorrida em um desses momentos de realização de atividades na enfermaria.

Quando abro o armário e apresento os materiais disponíveis para a realização de atividades, o usuário M. vendo os barbantes pergunta se tem agulha de Crochê. Então pego a agulha que fica guardada em outro armário, pois se entende que oferece riscos, e dou para ele que começa a fazer crochê, demonstrando muita habilidade na técnica.

Enquanto realiza essa atividade, M. começa a narrar que aprendeu a fazer crochê quando estava recluso em um presídio, local em que muitas pessoas realizam esse tipo de atividade, e que nesse contexto os objetos produzidos tem valor de troca, como por exemplo, por maços de cigarro. M. completa que fazer crochê desperta uma sensação ruim nele, pois ativa lembranças difíceis e dolorosas dessa época em que estava preso.

Em um determinado momento, enquanto ainda realiza essa atividade, M. começa a planejar a confecção de um biquíni de crochê para presentear sua mãe. Quando acaba o tempo destinado para o ateliê, ele guarda os materiais e diz que dará continuidade a atividade em outro momento.

No dia seguinte, enquanto acompanho novamente as pessoas internadas na realização de atividades, M. continua sua atividade de crochê. Quando a médica que é sua

referência chega e o vê crochitando, fica surpresa com tamanha habilidade e o questiona sobre quando e como ele aprendeu isso, comentando que ele realiza essa atividade muito bem. Então ele responde: - Eu sei fazer muitas coisas! Faço crochê, jogo futebol, tenho imaginação, sei contar histórias, entre outras habilidades citadas.

Durante a realização da atividade de crochê por M., algumas pessoas que circulavam pelo espaço, profissionais e pessoas internadas, fizeram comentários relacionando a atividade de crochê como uma atividade “de mulher”. Os comentários eram em tom de “tirar sarro” de M. ou de surpresa por ele fazer uma atividade que para essas pessoas não é compatível com o gênero masculino.

Quando M. termina o que se transformou ao longo dos dois dias em um tapete de crochê, presenteia uma pessoa que está internada e que fez aniversário naquela semana.

Não é possível mensurar e acessar tudo o que uma atividade pode significar para um sujeito e nem todos os efeitos que pode produzir. Mas por esse breve acompanhamento, podemos refletir sobre vários elementos que puderam ser disparados através da realização da atividade de crochê por M.

Trata-se de uma atividade que foi aprendida num determinado contexto e momento de vida de M. A realização da técnica ativou lembranças, fez referência às pessoas que compartilharam o saber do crochê com ele e vieram à tona memórias do que foi difícil de ser vivido e a partir disso foi possível a M. falar sobre esse momento da vida.

Também foi possível a M., a partir da produção de uma peça de crochê, fazer agenciamentos sobre o que fazer com o que foi produzido, fazendo-o pensar em pessoas para presentear. Portanto, essa atividade também teve o sentido de mapear sua rede social e mobilizar afetos para pensar que destino dar a produção.

Esse fazer também se mostrou como uma forma de reconhecimento e de afirmação das habilidades e potências de M. Houve uma valorização dos seus saberes, por ele e pelas outras pessoas, e ele pode relatar outras coisas que sabe e gosta de fazer, além da técnica do crochê.

Nas discussões de caso em reunião de equipe sobre M., ele muitas vezes era definido por seu diagnóstico, pelo discurso desorganizado e pelos sintomas psicóticos que estava

apresentando. Através da realização da atividade, M. mostrou que para além de sintomas e sua remissão, existia ali uma pessoa que tem saberes, potências, capacidade de criação, desejos e história.

Também podemos refletir sobre o significado cultural das atividades e as atribuições dadas a elas em relação ao gênero associado aos fazeres. Profissionais e pessoas internadas relacionaram a atividade de crochê como um fazer de mulheres, e responderam com estranhamento o fato de um homem realizá-la. Isso me faz pensar sobre a lógica machista que nossa sociedade está organizada, na qual determinamos atividades “de homens” e “de mulheres”, como se as pessoas não fossem todas singulares e livres para escolherem fazer o que se identificam. Através dessa lógica, mesmo um ambiente profissional e de cuidado não está ileso de responder a essas escolhas com julgamentos morais.

Durante todo o tempo que trabalhei na enfermaria, me questionei sobre o sentido que as atividades têm naquele espaço e qual é o lugar da Terapia Ocupacional (TO) para a equipe. Por vezes, senti que o trabalho da TO não era compreendido e tão pouco valorizado.

Em muitos momentos, as pessoas da equipe fazem referência às atividades como tendo a função de entreter os usuários para que eles demandem menos dos outros profissionais. Dessa forma, durante a realização das oficinas, os usuários envolvidos não incomodam os profissionais em suas tarefas rotineiras. Também era comum que as atividades fossem solicitadas para que através delas, se identificassem sintomas.

Por diversas vezes as atividades foram interrompidas para que as pessoas internadas fossem realizar outros procedimentos (verificação dos sinais vitais, conversas com os médicos, etc), o que demonstra que outros procedimentos são priorizados, sendo o espaço de realização de atividades desrespeitado e sua importância é, muitas vezes, desconsiderada.

Relacionei esses acontecimentos com o que Medeiros (2010) descreve quando aborda sobre o reflexo do cientificismo nas práticas de Terapia Ocupacional no início da profissão no Brasil. Ela aponta que o movimento de reabilitação:

incorporando o objeto da medicina científica como seu, passou a se dirigir não mais ao “homem como um todo” em sua reintegração

social, mas a desenvolver técnicas e procedimentos dirigidos às incapacidades, às patologias, às partes do corpo, etc. Dessa forma, a medicina reconquistou seu papel hegemônico em tal prática social, medicalizando-a.

Os demais profissionais participavam como auxiliares médicos, submetendo-se aos seus diagnósticos, prescrições e propeleuticas (p.104).

A equipe multiprofissional da enfermaria, em muitos momentos é convocada a ter um papel de subordinação ao profissional médico, que restringe o olhar a uma patologia. Percebi-me em alguns momentos desempenhando o papel de “auxiliar dos médicos”, numa função de vigilância e controle. Essas funções são determinadas por uma lógica de organização que tem pressupostos instituídos nas outras instâncias de decisão e poder.

A relação entre profissionais e pessoas internadas, muitas vezes reafirma uma posição desigual e de dominação do outro. Como afirma Medeiros (2010) “As práticas de saúde revestidas ideologicamente de “científicas”, portando de “verdadeiras”, exercem e assumem o poder, delegado pelo Estado, de estabelecer os padrões de normatividade em função dos interesses desse estado” (p.45).

Dessa forma, considero a contribuição de Medeiros (2010), importante para refletir sobre essas questões. A autora expõe que:

Não se trata de considerar a Terapia Ocupacional como trabalho complementar de menos importância ou, ao contrário, de tentar superar em importância as demais áreas de saúde. Esse raciocínio, individualista e competitivo, gerado pela divisão social do trabalho, oculta as possibilidades de um trabalho integrado e transformador. (p. 137)

Com o desenvolvimento do trabalho e através das contribuições da equipe multiprofissional nas reuniões de equipe, alguns profissionais, pontualmente, passaram a valorizar mais o trabalho da TO e entender melhor o sentido da proposição de atividades.

Para além de distrair e ocupar o tempo ocioso das pessoas internadas e de minimizar os efeitos negativos causados pela instituição, a realização de atividades na enfermaria tem o objetivo de possibilitar aos sujeitos internados momentos de expressão, criação e outras formas de comunicação. Com isso objetiva-se instaurar a possibilidade das pessoas produzirem novas subjetividades, que não só a de doentes e incapacitados e exercerem suas

potências e habilidades. Também é uma forma de fazer um desvio nos procedimentos médicos e nas práticas medicalizantes.

“(…) Cada uma dessas atividades não é realizada para se obter efeitos específicos, mas para oferecer uma rede de possibilidades articuladas, aumentando a probabilidade de que algo de novo se de nesse mundo do mesmo” (Lima, 1997, p.46).

No decorrer do meu trabalho na enfermaria do CHOV durante o ano de 2015, a proposição de atividades com os objetivos citados acima foi se tornando cada vez mais difícil de realizar. Por todas as questões que a enfermaria foi apresentando ao longo do ano (lógica médico centrada, diminuição da equipe multiprofissional, falta de materiais para realizar as atividades, fragmentação do trabalho, desvalorização da TO, entre outras citadas) me vi num processo de grande desestímulo para o trabalho e de adoecimentos, sensação também compartilhada pela outra TO da residência multiprofissional que também atuou na enfermaria.

Senti que minha potência de agir foi diminuindo ao longo do tempo, e fui experimentando a sensação de afetos paralisantes ao ter que lidar com o processo de trabalho da enfermaria e as grandes dificuldades que estavam sendo colocadas.

Essas questões foram sendo discutidas em supervisões e em plantões individuais, até que por uma decisão coletiva entre as residentes, supervisora, preceptora e coordenadora da residência, decidiu-se fechar o campo de residência na enfermaria do CHOV. Isso aconteceu pela compreensão que o funcionamento da enfermaria não está de acordo com o modelo de atenção hospitalar em saúde mental que o programa de residência aposta para uma boa formação.

4.2 Centro de Convivência Casa dos Sonhos

Durante o meu trabalho como residente multiprofissional no Centro de Convivência Casa dos Sonhos, acompanhei e colaborei em grupos que eram realizados com o objetivo da convivência através da realização de atividades artesanais (*decoupage*, pintura em objetos de madeira, confecção de pulseiras de macramê, trabalhos com tecidos e materiais recicláveis, entre outros).

Todos os grupos são abertos, caracterizam-se por terem participação de população heterogênea (pessoas de diferentes idades e classes sociais, com e sem sofrimento psíquico). A escolha dos materiais e atividades artesanais a serem realizadas é livre e conforme o desejo de cada um e o que é oferecido.

Como expõe Lima (2004b), numa afirmação que se relaciona com a vivência que tive no CECO “As oficinas podem ser lugar de aprendizagem, de produção, de intercâmbio, de ampliação das relações, de mergulho no universo cultural” (p.16).

A participação das pessoas nos grupos possibilitava convivência com pessoas diferentes, exercício da potência de ação e criação, saída do isolamento social que algumas pessoas se encontravam, ampliação de redes afetivas, conversas e trocas sobre temas diversos, experimentação, aprendizado de técnicas, realização de novas produções materiais e subjetivas, agenciamento sobre que destino dar as peças produzidas, entre outras infinitas possibilidades. Também ouvi relatos de alguns participantes que referiram melhora de sintomas ansiosos e depressivos a partir da participação nos grupos.

Oficina de teatro em uma ONG (parceria com o CECO Casa dos Sonhos)

Além das oficinas que participei como colaboradora no Centro de Convivência Casa dos Sonhos, eu tive interesse em propor alguma oficina, entendendo que o CECO é um espaço potente para a proposição de atividades diversas.

Escolhi trabalhar com teatro e expressão corporal, pois tenho experiência com essas linguagens e acredito que são muito potentes para desenvolver a expressão, criação, integração, acesso a cultura, discussão de diferentes temas, observação, desenvolvimento de senso crítico etc.

Para definir o público alvo, conversei com a equipe do CECO sobre a proposta, e expus sobre o desejo de trabalhar com crianças e adolescentes. A equipe falou sobre uma ONG do território que recebe crianças no contra turno escolar e já havia se interessado em formar parcerias com o Centro de Convivência. A partir disso, eu e a residente de psicologia que também está no CECO nos interessamos por elaborar a oficina conjuntamente. A ONG

se interessou por nossa proposta e começamos a fazer a oficina com as crianças semanalmente, com duração de uma hora por semana, de Maio a Dezembro de 2015.

Definimos que o critério de participação na oficina seria o desejo de estar, portanto expomos a ideia para as crianças de todas as salas (de 07 a 14 anos), e a partir disso as crianças interessadas se inscreveram. Era uma oficina aberta, de modo que a cada encontro novas pessoas entravam e as que já participavam escolhiam se queriam ou não fazer naquele dia. O número médio de participantes por oficina foi de 15 a 30 crianças.

Quando apresentamos a proposta, explicamos que o objetivo das oficinas era de experimentação de jogos e exercícios teatrais e de expressão corporal. Não tínhamos como foco inicialmente a apresentação de uma peça de teatro, como parecia ser a expectativa dos profissionais da ONG, isso só aconteceria se ao longo do processo com as crianças identificássemos que era importante.

Definimos uma dinâmica de funcionamento dos grupos. Iniciávamos as oficinas com uma atividade de ativação (andar pelo espaço de diferentes formas e ritmos, cantar músicas de roda, brincadeira, dança livre, alongamento e aquecimento, acrobacias de solo, entre outros), depois realizávamos uma atividade de conexão ou para desenvolvimento de alguma habilidade (jogos de concentração, relaxamento, massagem, exercícios de voz, trabalho de identificação de emoções, expressão corporal, entre outros), em seguida propúnhamos um exercício de criação (divisão em grupos para criação de cenas com diferentes temas, continuação de histórias, construção de personagens com massa de modelar e materiais recicláveis, uso de objetos para construir uma cena, teatro de fantoches, entre outros) e, por fim, os grupos apresentavam o que tinham criado conjuntamente naquele dia.

Durante a realização das oficinas, nos deparamos com algumas dificuldades que fomos aprendendo a manejar com o tempo. Frequentemente as crianças estavam muito agitadas, com dificuldade de se concentrar nas propostas; algumas crianças apresentavam comportamento agressivo com os outros participantes; pelo grande número de crianças, tínhamos dificuldades de perceber como cada um estava se colocando e se desenvolvendo na oficina, sendo que em todas as oficinas entravam crianças novas e algumas faltavam. Com o passar do tempo essas dificuldades foram diminuindo. Os participantes foram entendendo melhor os objetivos da oficina de teatro e se implicando mais nas atividades,

passamos a conhecer melhor as crianças, o que facilitou os manejos e, de forma geral, as crianças demonstravam muito interesse, afeto e desejo em estar naquele espaço.

Buscamos criar um espaço de relações horizontais, onde as questões pudessem ser discutidas em roda e todos pudessem se expressar e serem valorizados em suas colocações. Além disso, as crianças tinham liberdade de sair da oficina na hora que desejassem, seja porque não queriam mais realizar as atividades propostas naquele dia ou para ir ao banheiro e beber água.

Frequentemente emergiam problemas de relações e convivência e atitudes em que algumas crianças excluía e ofendiam outras. Isso era trabalhado com elas através de conversa e com a proposição de exercícios de teatro que contribuíssem para essas discussões.

Um exemplo disso foi uma oficina em que a questão da exclusão apareceu de maneira muito marcante: na hora de dividir as crianças em grupo para um exercício de criação, nenhum grupo queria a participação de uma menina. Então, na oficina seguinte fizemos uma roda de conversa para discutir e refletir sobre trabalho em grupo, convivência com as diferenças, falamos sobre o ditado “uma andorinha só não faz verão” e sobre situações de exclusão e as crianças montaram cenas com histórias que elas criaram para representar esse tema.

Com o desenrolar da atividade e do processo grupal questões foram aparecendo e, a partir disso, foram sendo trabalhadas ao longo do tempo e dando sentido e direção ao processo. Então, ocorreu um fato marcante que influenciou no desenvolvimento da oficina até o fim do processo.

Em uma das oficinas as crianças se dividiram em grupos e criaram histórias que foram apresentadas com fantoches. Esse processo foi muito interessante porque as crianças puderam experimentar diferentes vozes e se mostraram menos tímidas para apresentar por não terem que se expor corporalmente. Porém, na apresentação do último grupo, foi encenada uma história de um animal que, de acordo com o termo que as crianças usaram, “*tinha cabelo ruim*” e todos os fantoches que estavam na cena começaram a gritar “*cabelo Bombril, cabelo Bombril, cabelo Bombril*”, umas das meninas que estava assistindo essa

apresentação e tem cabelo crespo, levantou com raiva e arrancou o pano que cobria as pessoas do grupo.

A partir disso, eu interrompi a oficina e fizemos uma roda de conversa para discutir essa questão. Conversamos sobre as diferenças, sobre a importância de respeitar o modo de ser de cada um e sobre as ofensas que aconteceram e encerrei a oficina. Compartilhei o que havia acontecido com a coordenadora e a assistente social da ONG e elas contaram que os ataques às pessoas que possuem cabelo crespo pelas crianças era comum na ONG e descobri que uma criança já havia saído da ONG por esse motivo.

Então, identifiquei que esse era um tema necessário de ser debatido e trabalhado com as crianças. Para criar ferramentas para lidar com isso, entrei em contato com pessoas de *movimentos negros* e pedi auxílio de atividades possíveis para fazer o debate sobre o racismo, que é a raiz desse problema que aconteceu. As crianças, com essas atitudes ofensivas dirigidas as pessoas com cabelo crespo estavam reproduzindo situações que acontecem socialmente.

A partir de então realizamos atividades que ampliassem a discussão do tema, discutissem o racismo e valorizassem a beleza negra. É importante considerar que a maioria das crianças que participam dessa oficina de teatro são negras ou pardas.

Na oficina seguinte, fizemos uma roda de conversa para debater novamente o que havia acontecido na oficina anterior e as crianças relataram outras situações em que foram vítimas de racismo, contamos algumas histórias do livro “Histórias da Preta” de Heloísa Lima, que discute sobre a identidade afro-brasileira, levamos imagens de pessoas negras (com cabelo *Black Power*, turbantes e tranças), imprimimos frases como “*meu cabelo não é ruim, ruim é o seu preconceito*”, “*Meu cabelo crespo, minha identidade, minha raiz*”, “*Meu cabelo é lindo*” e “*Essa é minha beleza*” e propusemos uma oficina de cartazes, na qual as crianças se dividiram em grupos, confeccionaram cartazes a partir desse tema e colaram no espaço da ONG (fotos dos cartazes em anexo).

Para dar continuidade ao debate sobre esse tema, na oficina seguinte exibimos dois vídeos. Um deles era um documentário de 5 minutos sobre a *Mc Sophia*, que é uma criança paulistana de 11 anos que canta *rap* e tem um trabalho artístico direcionado ao empoderamento da criança negra, o outro era um *clip* de uma música da cantora *Dona*

Imperatriz que aborda sobre o cabelo crespo e incentiva o uso natural do cabelo. Depois, fizemos uma roda de conversa para debater sobre os filmes apresentados e tiramos fotos de todas as crianças, num sentido de valorização da beleza de cada um.

No decorrer do processo também conversamos sobre as outras formas de preconceitos sofridos que as crianças identificavam em suas vidas e surgiu o tema da restrição das brincadeiras direcionadas para meninos e meninas, e os problemas que elas encontravam quando queriam brincar com algo que culturalmente era uma brincadeira definida para o outro gênero.

Como o processo das oficinas estava se direcionando para a finalização (já que as atividades da ONG encerravam em Dezembro para as férias) conversamos com as crianças sobre o interesse delas em realizar uma apresentação e elas se mostraram motivadas para isso. Pensamos em realizar um evento de finalização do teatro com a presença das crianças e dos pais, com uma atividade que representasse um pouco de como foi a vivência durante todo o processo.

No dia do evento as crianças fizeram com os pais e outros familiares alguns exercícios de ativação que realizamos durante o ano e que nesse momento elas conduziram, foram exibidos para os pais os dois filmes que exibimos para as crianças durante o processo e foram apresentadas cenas criadas pelas crianças, que se dividiram em quatro grupos, sobre a discriminação étnica.

A partir do relato dessa experiência com atividade teatral e de expressão corporal oferecida para crianças de 7 a 11 anos, podemos refletir sobre os sentidos que a atividade foi tendo ao longo do processo.

Identifico que a partir da atividade proposta as crianças puderam se expressar, se desenvolver, interagir, conviver, exercitar a capacidade de criação, explorar o próprio corpo, exercer sua potência de ação e refletir coletivamente sobre problemas sociais.

Tivemos devolutivas de algumas mães e educadoras em relação a mudanças percebidas no desenvolvimento de algumas crianças a partir da participação no grupo. Uma educadora expôs que uma criança que era muito tímida e tinha muita dificuldade em se colocar, teve um grande avanço nesses aspectos pela participação na oficina do teatro. Em

outro relato, uma avó comentou sobre a importância que teve para sua neta o trabalho sobre a questão do cabelo, pois a menina tinha baixa autoestima e se sentia triste por ter cabelo crespo.

Nesse sentido, Beth Lima (2004b) expõe que “As ferramentas expressivas, verbais, plásticas, corporais, se instalam no cruzamento entre o mundo humano das formas finitas e o mundo trans-humano de virtualidades infinitas, do qual surgem as linhas de fugas, a transformação das formas vigentes, a criação do novo, a arte (p.14).

4.3 Centro de Saúde (CS) Rosália

Dentre as ações que realizei como residente multiprofissional no Centro de Saúde Rosália, o que preponderou foram os atendimentos individuais. Apresentarei um deles nesse trabalho. Identificarei a pessoa atendida como João (nome fictício).

O primeiro contato que tive com ele foi através de uma consulta conjunta com um médico, que solicitou que eu participasse. Nesse momento ele apresentou questões de tentativa de suicídio, uso de muitos medicamentos psicotrópicos e depressão. A partir desse primeiro contato, foi feita a proposta de que começaríamos um processo de atendimentos individuais semanais de Terapia Ocupacional e ele concordou.

João se queixava de muita tristeza, apresentava desejo de morte e dizia não ter vontade de fazer nada. Tinha uma família desestruturada. O pai era alcoólatra e havia falecido há dois anos, momento em que João identifica que iniciou a depressão. Sua mãe também usava muitos medicamentos. João também tinha uma questão de uso abusivo de álcool e cocaína.

Nos atendimentos que realizei com André não priorizei de início a realização de atividades. Iniciei fazendo a escuta das questões que trazia para identificar as demandas que apresentava e como era sua ação no mundo. A proposição de atividades aconteceria se ao longo dos processos dos atendimentos identificássemos que faria sentido e seria interessante.

Tentei identificar com João o que ele gostava de fazer. Ele relatou que não estava fazendo nada naquele momento de sua vida e ficava grande parte do tempo deitado na

cama. Mas expôs que quando era mais novo tinha paixão pelo *radioamadorismo*, uma atividade de intercomunicação que consiste em operar estação receptora e transmissora de rádio particular, sem fins lucrativos. Também referiu gostar de música e citou algumas que gostava.

Quando ele trouxe a paixão que tinha por radioamadorismo, perguntei se ele tinha vontade de retomar essa atividade e ele respondeu que sim, mas que estava com dificuldades financeiras para investir nos materiais necessários para viabilizar isso. Em todos os atendimentos referia sentir muito desânimo e solidão. Estava afastado do trabalho por essas dificuldades.

Em um determinado atendimento ele referiu que gostava de cozinhar, mas que há muito tempo não o fazia. Falou sobre pratos que gostava e tinha habilidade de fazer. A partir disso, combinamos de cozinhar, para retomar essa atividade que não realizava a cerca de dois anos. Ele escolheu fazer feijoada, comprou os ingredientes necessários e fizemos na cozinha do Centro de Saúde.

Durante a realização da atividade ele foi ensinando as etapas de preparo da feijoada e falou sobre si e sua história de vida. Vários profissionais do Centro de Saúde circularam no espaço e foram fazendo comentários e dando devolutivas (que o cheiro estava bom, que devia estar uma delícia, etc). Quando finalizamos, almoçamos e ele levou uma parte do que sobrou pra casa e a outra deixou no CS para que os profissionais experimentassem. Esse foi um momento importante de retomada de um fazer que ele gostava, João pode ser valorizado por isso e isso proporcionou a aproximação de João com a equipe, que interagiu com ele durante a realização da atividade.

Durante o processo dos atendimentos, que durou cerca de seis meses no total, outras atividades emergiram. Ele sempre referia que tinha uma rede social empobrecida e se sentia sozinho e sem apoio. Porém em um dos encontros disse que colecionava *fotos 3x4* de pessoas que conhecia. Pedi para que ele trouxesse essas fotos e quando ele trouxe, fizemos uma atividade de forma espontânea. Ele espalhou as fotos pela mesa e foi falando o grau de proximidade e confiança que tinha por cada pessoa. Movimentou as fotos e as agrupou em pessoas mais ou menos próximas. Essa atividade se transformou em um mapeamento de sua rede de apoio.

Também fizemos uma atividade relacionada ao conhecimento das medicações que ele tomava, pois João usava muitos remédios e sempre trazia isso como demanda, solicitando aumentar o uso. Pedi as bulas das medicações que ele tomava na farmácia e fizemos uma tabela identificando pra que eram indicadas e quais eram as contra indicações.

Com o passar do tempo ele foi diminuindo a frequência nos atendimentos e parou de ir. Então, quando eu estava encerrando minhas atividades no CS, fiz uma visita domiciliar para saber como João estava e informar que eu estava finalizando meu trabalho como residente no Centro de Saúde.

Nessa visita ele relatou que estava se sentindo melhor e que tinha retomado o trabalho e por isso não tinha mais possibilidade de ir aos atendimentos. Também me informou que tinha retomado a atividade de radioamadorismo e mostrou para mim um rádio que havia comprado e como funcionava esse hobby.

Na maioria dos atendimentos que realizei com João a proposição de atividades não estava presente. Mas através da linguagem verbal João expunha sobre sua vida, dificuldades, sofrimentos, desejos, redes de apoio e fazeres. Nos nossos encontros pensávamos em estratégias de como João poderia potencializar sua ação no mundo e enriquecer sua vida com fazeres que pudessem fazer sentido.

Nos momentos que utilizamos a atividade como recurso terapêutico, foi a partir do que João expunha sobre os fazeres que faziam sentido pra ele e que por vários motivos ele não estava dando conta de realizar. Considero que esse processo foi fundamental para que João pudesse retomar atividades importantes de sua vida.

4.4 Caps AD Reviver

Para expor sobre as experiências com atividades que vivi no período em que atuei no Caps AD Reviver, recorri ao trabalho que escrevi no ano de 2014, no qual expus e refleti sobre a ambiência do Caps, local de convivência, onde os usuários ficam quando não estão em grupos ou atendimentos individuais. Também vou expor sobre a experiência de criação de um grupo de leito noite que teve duração de aproximadamente um ano e meio com encontros semanais.

As conversas, jogos, atividades culturais e artísticas desenvolvidas no espaço da ambiência foram permitindo aproximação com os sujeitos atendidos, bem como a apreensão dos seus fragmentos biográficos e das trajetórias de uso de substâncias psicoativas. Apresentarei, através dos fragmentos descritos no trabalho que escrevi em 2014, algumas das experiências com atividades que vivi nesse espaço, buscando analisá-las de acordo com o objetivo do presente trabalho.

Jogo de damas

Quando iniciei minha atuação como residente multiprofissional no Caps AD Reviver passava grande parte do tempo na ambiência. Eu estava conhecendo o Caps, os usuários e os profissionais, entendendo seu funcionamento e participando das atividades que aconteciam nesse serviço.

Em um desses fins de tarde em que eu transitava pela ambiência e já não estava acontecendo mais nenhuma atividade programada, comecei a jogar damas com um dos usuários que estava por lá. Durante o jogo começamos a conversar, ele trouxe elementos da vida dele, explicou porque estava no Caps e há quanto tempo frequentava e fizemos brincadeiras sobre o jogo relacionadas ao ganhar e perder.

A partir desse contato inicial através de um jogo de damas na ambiência, sempre que nos víamos conversávamos e cada vez mais ele foi trazendo sobre si, sobre as situações de vida que estava passando e algumas dificuldades.

Depois fui entender que ele era um usuário que causava problemas no serviço, fazia muitas brincadeiras, algumas delas inconvenientes e desrespeitosas. Mas comecei a perceber também que pra ele não era fácil acessar algumas questões de sua vida e admitir seus próprios erros e dificuldades e esse jeito constante de brincar era um modo de driblar isso e a forma que tinha para estabelecer contato com o outro.

Como eu havia tido esse contato inicial com ele de uma forma mais lúdica e passamos a estabelecer uma relação de confiança, ele me acessava para fazer solicitações, perguntas, falar sobre problemas que estava tendo e sobre a percepção que tinha do

serviço. A partir disso me tornei uma de suas referências, passando a acompanhá-lo mais sistematicamente.

Confecção de pulseiras (artesanato)

De terça-feira à tarde a ambiência é bem movimentada por ter oficinas abertas nesse espaço. Em um desses dias, um usuário artesão começou a fazer pulseiras de macramê com um material que tinha no ateliê. Mostrei-me interessada no modo como ele confeccionava as pulseiras e me aproximei para acompanhar a confecção.

A partir disso, ele foi me ensinando essa técnica e outras pessoas também se aproximaram interessadas em aprender.

Achei muito significativo esse acontecimento, pois foi uma situação em que ele experimentou estar em um lugar de valor e reconhecimento, ensinando um saber importante que tem para outras pessoas e sendo valorizado por isso.

Depois disso ele sentiu confiança para compartilhar comigo alguns aspectos de seu histórico de vida e algumas situações difíceis que estava vivendo no ambiente familiar (dificuldades de relação com os filhos e esposa), o que, na minha percepção, tornou esse acontecimento ainda mais significativo.

O fato de essa atividade ter sido feita de forma espontânea na ambiência também possibilitou que outras pessoas entrassem em contato com ela e tivessem a oportunidade de aprender e o usuário a possibilidade de transmitir seu conhecimento.

Buscar os materiais que tinha e soltar pipa na ambiência

Em uma tarde de sexta-feira com bastante vento, vários usuários ocupavam o espaço da ambiência. Quando desci eles estavam se organizando, junto com outra profissional, para confeccionar uma pipa. Ajudei com a busca dos materiais, que foram improvisados com o pouco que tinha.

Os usuários confeccionaram a pipa coletivamente, compartilhando seus conhecimentos para isso. Foi uma pipa feita com muitas mãos.

Quando ficou pronta foram para a área aberta em volta da piscina do Caps para que empinassem a pipa, se revezando para isso. Foi um momento em que todos que estavam

presentes no local contemplaram esse acontecimento, a pipa voava alto no céu. Enquanto isso, conversaram sobre quando soltavam pipa na infância e davam uns toques aos principiantes.

Foi uma situação em que todos estavam motivados e envolvidos no mesmo objetivo: levar a pipa ao céu.

Jogos: baralho e damas

Muitas manhãs e tardes da ambiência fazem parte desse fragmento. Alguns usuários gostam bastante dos jogos de baralho e tabuleiro. Através disso acontecem interações, conversas e formam-se parcerias. Algumas pessoas são reconhecidas pela habilidade que têm nessas atividades.

Estar presente nesses momentos é uma boa oportunidade para se aproximar dos usuários e conhecê-los em um contexto de descontração, que é bem diferente do contato nos espaços formais de cuidado. Algumas conversas e trocas significativas também emergem nesses momentos.

Improvisação de rap

Interesso-me bastante pela cultura do hip hop e suas manifestações artísticas. Em decorrência disso, em alguns momentos na ambiência levei propostas de criação de músicas de rap direcionadas principalmente as pessoas que eu sabia que se identificavam com esse estilo musical.

Recordo-me de um dia específico em que eu estava conversando com dois usuários e propus que improvisassem uma letra de música. Eles começaram a cantar de forma que cada um fazia uma estrofe. Passaram alguns minutos nesse jogo de improvisação.

Vale a pena ressaltar que esses usuários são casos graves atendidos pelo Caps, ambos com histórico de perdas sociais e materiais importantes. Um deles estava envolvido em muitas intercorrências no serviço, sendo suspenso por diversas vezes e o outro é um usuário mais antigo, bastante solicitante à equipe e que traz queixa de sofrimento intenso quase diariamente.

Para mim foi surpreendente acompanhar o processo criativo que se desenvolveu nesse momento entre eles. Foi uma situação em que se evidenciou a potencialidade deles de criação, inventividade e rapidez no raciocínio. Foi uma forma de expressão espontânea.

Em outros momentos na ambiência levei bases de rap e funk para incentivar a criação improvisada de letras. A partir disso, surgiram algumas criações de muita qualidade. Letras que falavam da realidade vivida e de aspectos que estavam acontecendo naquele momento de vida de cada um.

Grupo de leito noite

Após a apresentação das experiências com atividades na ambiência do Caps, relatarei a seguir sobre a experiência de criação e desenvolvimento do grupo de Leito Noite (LN), buscando refletir sobre como o uso de atividades colaborou ou não para o processo grupal.

Esse grupo foi criado por mim e por um enfermeiro também residente multiprofissional da Unicamp. Teve início em agosto de 2014, e foi realizado semanalmente, com duração de aproximadamente uma hora por grupo. Caracteriza-se como grupo fechado, pois participam os usuários que estão inseridos em leito noturno no Caps AD Reviver. Como o fluxo de usuários em LN é rotativo e o critério pra participar do grupo é estar em leito, a cada semana pessoas diferentes participavam do grupo.

O grupo foi idealizado a partir da percepção de que o LN é uma alternativa de acolhimento intensivo que pode ser utilizado durante o tratamento dos usuários em situações de crise no Caps ad. Então, fizemos a proposta de realizar um grupo direcionado aos usuários em LN com os objetivos de promover reflexão sobre o atual momento de vida das pessoas que estão em LN, problematizar a necessidade e a importância singular para cada usuário na utilização desse dispositivo; favorecer a construção de projetos de vida e possibilitar interação e troca de experiências, fortalecendo os laços de convivência entre os usuários que estão em leito.

Ao longo do processo de construção e desenvolvimento do grupo, fomos experimentando diferentes formas de realização deste. Em alguns grupos propusemos atividades como recursos para disparar os temas pra discussão, promover interação entre os

participantes ou como possibilidade não verbal de expressão da vivência, também foram propostas dinâmicas e fizemos grupos de conversa.

Após um ano e meio realizando o grupo percebemos que além dos objetivos previstos na construção do grupo, ele também desempenhou a função de ser um dispositivo de avaliação, terapêutico e analisador (do Caps, do Projeto Terapêutico Singular, do profissional de referência de cada caso, dos vínculos estabelecidos no serviço, de como as pessoas estão).

De forma geral, os temas abordados durante os grupos foram: Período do leito noite; projetos para depois da saída do LN (moradia, trabalho, abrigo, justiça, documentos, mudança de cidade, internação); como estão emocionalmente e fisicamente; como está sendo o leito noite; questões de organização, rotina e estrutura do LN; relação com os profissionais do Caps; dificuldade de relacionamento e convivência com os usuários que estão em permanência dia durante a semana ou que estão em leito noite e fazem uso de BA e SPAs no Caps; convivência (dificuldade de conviver, isolamento, prazer e modos de estar no Caps); medicação; sintomas psicóticos; morte; história de vida; relações familiares; conflitos; perdas; coisas que as pessoas gostam de fazer; questão do morar (pessoas em situação de rua, moradia, lembranças de lugares que morou, Caps como lugar de moradia); funções do leito noite e habilidades e profissões de cada um.

Os usuários também expuseram durante o grupo diferentes motivos pelos quais estão em LN: desintoxicação; promoção de abstinência; prevenção de recaída; questões clínicas; retaguarda facilitadora para organização de projetos de vida; articulação com a assistência social; local importante para repouso; possibilidade de afastamento do ambiente familiar e muitos identificam o LN como um lugar acolhedor.

Em vários momentos, alguns usuários que estavam em LN reclamaram sobre a falta de atividades oferecidas pelo Caps, pois quando estão em LN permanecem vários dias no espaço e consideram insuficiente a oferta de grupos e atividades.

Uma das dificuldades para o desenvolvimento do grupo foi o fato dele ter participação rotativa, pois a cada encontro tínhamos que construir com os participantes a proposta e os objetivos do grupo de LN. Desse modo, alguns grupos fizeram sentido para os participantes, que se envolveram nas propostas, e em outros, isso não aconteceu.

As atividades foram propostas em alguns momentos com o objetivo de serem disparadoras para as discussões, como possibilidade não verbal de expressão e para promover interação entre os participantes. Realizamos atividades como: colagem, desenho, escrita, confecção de cartaz com palavras chaves, criação de cartões para trocar entre os participantes, entre outras.

Considero que em algumas das propostas as atividades favoreceram o processo grupal e foi um elemento que enriqueceu o grupo. Porém, algumas vezes as propostas não fizeram muito sentido para as pessoas, que em alguns momentos preferiram falar ao invés de realizar a atividade proposta.

5. Considerações finais

Que as atividades possam encarnar uma nova ética que se desloca da noção capitalista de produção para a ideia de produção de vida e criação de mundos. A única finalidade aceitável das atividades humanas é a produção de uma subjetividade que enriqueça de modo contínuo sua relação com o mundo (Guattari, 1992 apud Lima 2004b).

Nesse trabalho tentei expor a minha experiência nesses dois anos como residente multiprofissional em saúde mental e refletir sobre os sentidos das proposições de atividades nos serviços que atuei.

Trata-se de um relato de experiência de fragmentos do que eu vivenciei e das interpretações, reflexões, críticas e questionamentos que eu tive a partir dessas vivências e encontros.

No processo de formação da Residência Multiprofissional há enfoque no *campo* da saúde mental e os diferentes *núcleos* que compõe o grupo (Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Fonoaudiologia) participam das discussões em supervisão trazendo o olhar do núcleo e da experiência de cada um.

No início desse processo de formação me dediquei a entender o campo da saúde mental, aprendendo sobre políticas públicas, funcionamentos dos serviços de saúde mental, análise institucional, redução de danos, filosofia da diferença, entre outros temas. Com o tempo senti necessidade de um aprofundamento na clínica da Terapia Ocupacional, retomando nessa profissão o que me motiva, me encanta e me mobiliza e com quais referências me identifico.

Portanto busquei nesse trabalho discutir sobre a prática da Terapia Ocupacional, refletindo acerca do uso das atividades nos serviços e do olhar da TO para isso, pois essas proposições são muito frequentes nos equipamentos que atuei e são propostas por diferentes profissionais e com diferentes objetivos.

Foi muito interessante fazer o exercício de descrição de alguns processos grupais e individuais com atividades que vivenciei e analisá-los, pois isso me possibilitou refletir sobre a minha própria prática como terapeuta ocupacional e sobre as práticas com atividades nos serviços de maneira geral. Pensar sobre os objetivos e os sentidos que as proposições de atividades podem ter para o público atendido, também me ajudaram a descobrir o sentido da minha própria prática. Além disso, considero que esse relato pode auxiliar outros profissionais (terapeutas ocupacionais ou não) que se interessam no tema.

Dessa forma concluo que a proposição de atividades em saúde mental pode ser muito potente e propiciar para os sujeitos a experimentação de novas possibilidades, criação, expressão, produção de vida, convivência, inserção na rede social, acesso a bens culturais, criação de sentidos, exercício da potência de ação, entre outros.

Porém, da mesma forma que as atividades podem ter essa função transformadora, que aumente a potência de agir dos sujeitos, possibilitando a criação de novas subjetividades, também podem ter função alienante, adaptativa, de mera distração e disciplinadora.

Por isso, é muito importante que as equipes dos serviços reflitam e discutam sobre suas práticas e façam uma análise crítica e clínica acerca do objetivo que as proposições tem e para que elas estão servindo.

6. Referências Bibliográficas

Bittencourt, R. **Espinosa e a crítica da política dos afetos tristes**. *Achegas*, n. 41, p. 104-20.

Rio de Janeiro, 2012. Disponível on-line:

http://www.achegas.net/numero/41/renato_nunes_41.pdf

Brasil. Ministério da saúde. **Portaria Nº 3.088, Institui a Rede de Atenção Psicossocial**.

Brasília, 2011.

Bondia, J. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Rev. Bras. Educ. [online].

2002, n.19, pp. 20-28. ISSN 1413-2478.

Chauí, M. **Espinosa, Uma filosofia da liberdade**. Editora Moderna, 1995.

Deleuze, G. **Espinosa Filosofia Prática**. Escuta, 2002

Deleuze, G. Cursos de Gilles Deleuze – Deleuze e Espinosa, Tradução de Emanuel Fragoso e Hélio Cardoso Junior, 2005

Lancetti, A. **Clinica Peripatética**. Hucitec. São Paulo, 2013.

Lima, E. A. Clínica e Criação – A Utilização de Atividades em Instituições de Saúde Mental. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 1997.

LIMA, E. M. F. A. A análise de atividade e a construção. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 42-8, maio/ago., 2004

Lima, E. A. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: Costa CM, Figueiredo AC. Oficinas Terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania, Contra Capa Livraria, Rio de Janeiro, p. 59-81. 2004b

Medeiros, M. Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social. EdUFSCAR. São Carlos, 2010.

Teixeira, R. **As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público.** San Diego, 2004.

Quarentej, M. A. Conferência de encerramento “Terapia Ocupacional e produção de vida” Porto Alegre, 2001. VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional.

Quarentej, M. A. Do ocupar a criação de territórios existenciais. X Congresso de TO em Goiania (GO). 2007

Merhy, E.E.; Feuerwerker, L.; Silva, E.; Freire, F.; Amaral, H.; Palmieri, T.; Oki, N.; Fonseca, A.; Ramos, C. Projeto de pesquisa: Acessibilidade em uma complexa rede substitutiva de cuidado em saúde mental – o caso de campinas. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007-2016.

ANEXO

Imagens dos cartazes confeccionados pelas crianças participantes das oficinas de teatro do CECO Casas dos Sonhos em parceria com a ONG APAS:



