



UNICAMP

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

JÚLIA RODRIGUES LIMA

**O CUIDADO NO TERRITÓRIO: POR UM TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL QUE CONSIDERE A SINGULARIDADE DOS USUÁRIOS**

CAMPINAS

2016



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

JÚLIA RODRIGUES LIMA

**O CUIDADO NO TERRITÓRIO: POR UM TRABALHO EM SAÚDE
MENTAL QUE CONSIDERE A SINGULARIDADE DOS USUÁRIOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Orientadores: Thiago Trapé

Ellen Cristina Ricci

Coordenadora do programa: Rosana Onocko Campos

CAMPINAS

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao programa de Residência Multiprofissional, em especial à Rosana, Bruno e Ellen, pela oportunidade de experienciar a rede de saúde mental com toda intensidade dos processos de formação.

Agradeço Juliana Aleixo, terapeuta ocupacional, minha preceptora e gestora do Centro de Convivência Rosa dos Ventos, por todos os ensinamentos, trocas e pela sensibilidade com a qual olha para os processos de trabalho e gestão. Obrigada também pela ajuda na confecção deste trabalho.

À Ellen, supervisora, terapeuta ocupacional, parceira e amiga, por tudo o que compartilhamos neste ano e pela ajuda nos processos de formação e trabalho, ao pensar a atuação em rede, no território e em especial, na reflexão sobre a Terapia Ocupacional.

Agradeço aos amigos que fiz em Campinas, a todos com quem pude compartilhar experiências, momentos e encontros. Ju TO, minha dupla nas moradias e Ju fono, minha dupla de estágio eletivo. Muito obrigada pelo carinho e acolhimento de sempre!

À equipe do Centro de Convivência Rosa dos Ventos, às pessoas que por lá passaram e às que ainda continuam: Ju, Fer, Aninha, Jê, Ellen, Terezinha, Sílvia e Ivone. Muito obrigada por me ensinarem tanto, pelo companheirismo, pela parceria nas oficinas, pelas trocas, pelas comilanças, pelos abraços, pelos acolhimentos, pela maternagem, pelas choradeiras. Se hoje me sinto mais madura pessoalmente e profissionalmente, devo muito a todas vocês!

À equipe do CAPS Sul pelo acolhimento, pelas parcerias, trocas e reflexões ao longo desses dois anos.

À equipe das antigas moradias da região Sul, em especial à Keila pelas trocas, pelo carinho, pela dedicação à profissão e à função preceptora e por todo apoio nesse momento delicado de transição dos Serviços Residenciais Terapêuticos na cidade de Campinas.

Aos usuários e profissionais da Rádio Viladervoz pelo acolhimento, disponibilidade e trocas; e um agradecimento às pessoas que conheci e com quem pude compartilhar experiências, durante o período de estágio eletivo, em Montevideu (URU).

Um agradecimento especial aos moradores dos serviços residenciais terapêuticos, aos usuários do CECO Rosa dos Ventos e aos usuários do CAPS Sul, os principais protagonistas deste trabalho, obrigada pelo muito que me ensinam todos os dias com sua imensa sabedoria de vida.

À minha família e aos meus grandes amigos e companheiros de vida (Lê, Bruno, Gu, Mari), obrigada por estarem sempre comigo, compartilhando histórias, sorrisos, tristezas, saudades, risadas, comidas... “Porque o importante na vida é ter histórias para contar”...

Agradeço por fim à Catarina, minha estrelinha, que em sua breve passagem por este mundo, muito me ensinou sobre afetos, delicadeza, doçura e sensibilidade.

“Alice: *Quanto tempo dura o eterno?*
Coelho: *Às vezes apenas um segundo.*”
(Lewis Carrol, Alice no país das maravilhas, 1865)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO: DOS CAMINHOS ATÉ AQUI...	6
INTRODUÇÃO	8
Um breve histórico.....	8
As possibilidades do outro lado do muro: o processo de desinstitucionalização, o cuidado no território e a Rede de Atenção Psicossocial.....	9
As recentes mudanças na Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Campinas/SP.....	11
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS MODOS DE CUIDAR	14
DESCOBRINDO OUTROS POSSÍVEIS: O CUIDADO ATRAVÉS DOS AFETOS E DOS BONS ENCONTROS.....	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:	30

“O segredo, na minha experiência, consiste em “raciocinar com os pés”. Qual o sentido destas palavras? Raciocinar com os pés significa que nossos pés realmente conhecem a comunidade onde vivem os doentes. Nós temos que atravessar, em comprimento e em largura, a comunidade, viver a cotidianeidade, fora do ambulatório, dentro, ao contrário, do “laboratório da vida”. Só então se pode compreender como se sedimentam as relações, como se cria o sofrimento, como se produz a saúde. O território não é só um espaço, com estruturas e instituições: o território são pessoas, são cidadãos, são histórias dos homens”.

Ernesto Venturini

APRESENTAÇÃO: DOS CAMINHOS ATÉ AQUI...

O presente relato se refere à minha experiência como Terapeuta Ocupacional residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, da UNICAMP, a partir de reflexões e questionamentos levantados ao longo de dois anos, no trabalho como residente em três dispositivos da região Sul da Rede de Atenção Psicossocial de Campinas (RAPS): Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência (CECO) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

Ouvimos muito no campo da saúde mental aquela frase que diz que não somos nós que escolhemos estar na saúde mental, mas que é ela quem nos escolhe. Para Oury (1991) há sempre uma dimensão inconsciente na decisão de se engajar. Sendo assim, o autor propõe que possamos refletir sobre quais eventos que marcaram nossa personalidade e que nos levaram às escolhas que fizemos – os nossos itinerários de formação.

Escolho a Terapia Ocupacional, primeiramente a partir de uma escolha intuitiva e pela possibilidade da inserção na saúde mental, sendo este um campo de encantamento desde criança, pelas relações vivenciadas de perto com as diversas formas de sofrimento psíquico, presentes na família, mas que vêm a ser compreendidas de fato, somente após o contato com a Saúde Mental na graduação e posteriormente na Residência. Na faculdade as disciplinas e práticas relacionadas à saúde mental foram muito esperadas e foi a partir delas que pude me aproximar da saúde mental comunitária e da reabilitação psicossocial, na possibilidade de um cuidado no território através da interlocução de diversos atores sociais.

Foi por apostar nessa perspectiva de cuidado que opto por prestar a Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP, uma das cidades pioneiras na ressignificação das práticas, na substituição do modelo de atenção e implementação de uma rede de atenção que opera na lógica da desinstitucionalização.

No primeiro ano da Residência opto por estar mais próxima da crise e dos processos de intensificação dos cuidados, a partir da inserção em um CAPS III. Com o desejo de experimentar outras possibilidades de cuidado e do trabalho em rede, transitando pelo território, escolho no segundo ano da residência estar nos Serviços Residenciais e em um Centro de Convivência.

O Residente pode ser comparado a um estrangeiro, aquele que está dentro, mas que veio de fora e que assim busca perceber o que naquele lugar, no cotidiano e nas relações, que

muitas vezes parece tão natural e comum aos olhos acostumados, há de singular, de diferente, interessante, potente ou capturador. Isso só é possível de ser construído e apontado a partir da relação de confiança que se estabelece entre ele e as equipes com as quais se relaciona. Lima (2004) propõe o mesmo sobre o olhar da Terapia Ocupacional, que busque estranhar e se encantar com cada nova revelação, pensando, agindo e olhando para o cotidiano como faria um estrangeiro.

Sobre a composição deste relato começo com um breve histórico das práticas em saúde, mais especificamente acerca da loucura e da luta pela mudança de um paradigma, um modelo de “atenção” antes baseado na tutela, exclusão e objetificação dos sujeitos e que a partir de uma intensa mobilização, passa a privilegiar o cuidado nos contextos reais de vida dos sujeitos, a partir de suas necessidades, tornando-os os principais protagonistas de seus projetos terapêuticos.

Entretanto, mesmo com todas as mudanças e avanços que tivemos nas últimas décadas, ainda assim corremos o risco de (re)produzir práticas, que em vez de contribuir para a autonomia dos usuários que atendemos, continuem produzindo lógicas de invalidação e de exclusão. Nesse sentido proponho a seguinte reflexão: *Como construir, nos diferentes dispositivos, um cuidado ético que considere a singularidade dos usuários e contribua para a ampliação de suas potencialidades, possibilidades e participação social?*

Para concluir, procuro trazer um pouco de minha experiência na passagem por diferentes serviços do mesmo território e trazer alguns exemplos da (re)construção e ressignificação de modos possíveis de cuidado no território, que além de considerarem a singularidade dos usuários, promovam através dos encontros e da mobilização de afetos, outros lugares e outros modos de se levar a vida.

INTRODUÇÃO

Um breve histórico

A história da loucura nos mostra que os loucos nem sempre estiveram relacionados à periculosidade ou como doentes que necessitavam de cuidados médicos. Alguns autores, como Foucault, relatam que em algumas sociedades, os loucos eram vistos como bobos, engraçados, ou até como seres mágicos. A partir de uma crise social que assola a Europa no século XVII, algumas pessoas começam a se condensar nas grandes cidades após serem desapropriadas de suas terras. Como resposta social, uma grande parte da população – como mendigos, deficientes, prostitutas, idosos, crianças e loucos – é confinada em instituições que tinham como único objetivo a reclusão e subordinação ao trabalho, com vistas ao combate da pobreza e ociosidade (MÂNGIA E NICÁCIO, 2001).

Com a Revolução Industrial, em meados do século XVIII, essas instituições foram consideradas um erro econômico, pois muitas das pessoas confinadas poderiam servir como mão-de-obra no mercado que se constituía. Entretanto, uma parcela dessas pessoas (doentes, deficientes e loucos) não teria valor como força de trabalho (MÂNGIA E NICÁCIO, 2001).

Após este processo, o hospital passa de local de caridade e de controle social para o local de tratamento dos enfermos. O médico passa do figurante que só era chamado nos casos mais graves, para o principal protagonista deste espaço. Philippe Pinel, considerado pai da psiquiatria moderna, elaborou uma primeira classificação das enfermidades mentais, consolidando o conceito de alienação mental e a profissão de alienista. Cria um modelo de tratamento baseado no “isolamento do mundo exterior” denominado tratamento moral. Para Pinel “se as causas da alienação mental estavam presentes no meio social, seria o isolamento que permitiria afastá-las, transportando o indivíduo enfermo para um meio onde as mesmas não podem mais prejudicá-los.” (AMARANTE, 2007, p.29).

O tratamento moral consistia em um conjunto de práticas que tinham por objetivo afastar os delírios e alucinações, reeducar a mente e recuperar a razão. A principal estratégia desse modelo era a reeducação da mente através “trabalho terapêutico” (AMARANTE, 2007), que sob o discurso de devolver a razão aos loucos era responsável pela também pela manutenção e reprodução do próprio hospital.

No Brasil, a loucura passa a ser considerada como doença mental a partir da chegada da Família Real ao país da necessidade de “controle social”, devido às mudanças econômicas e

ao crescimento das cidades. Assim várias pessoas que se encaixavam na categoria “doente mental”, como camponeses, desempregados, índios, negros – ou seja, todos aqueles que ameaçavam a ordem pública – eram confinados em um espaço social criado para sua reclusão e “tratamento”: O hospício (AMARANTE, 1994).

Com o movimento de redemocratização do país, no final da década de 1970, e após uma série de denúncias de violações dos direitos humanos nestes locais de “tratamento”, alguns setores da sociedade se mobilizaram para garantir os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e para mudar a relação com o conceito de doença mental e loucura. Esse movimento denominado Reforma Psiquiátrica, continua até hoje através das mobilizações para garantir as transformações na assistência à saúde mental (AMARANTE, 1996).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi influenciada pela experiência Italiana, que teve início com Franco Basaglia, na década de 1960, a partir de seu trabalho em Gorizia e posteriormente em Trieste, na construção de um pensamento e uma prática institucional voltada para a ideia de superação do aparato manicomial (AMARANTE, 2007).

No Brasil, após 12 anos de tramitação é promulgada a Lei 10.216/2001 “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (AMARANTE, 2007). Com sua aprovação, há uma série de mudanças, inclusive com relação à destinação dos recursos financeiros para a Saúde Mental, antes totalmente voltados aos Hospitais Psiquiátricos pelas internações, agora passam a privilegiar os serviços de base comunitária e territorial.

As possibilidades do outro lado do muro: o processo de desinstitucionalização, o cuidado no território e a Rede de Atenção Psicossocial.

Observamos com o processo de Reforma que desospitalizar não é suficiente e muito menos se caracteriza como sinônimo de desinstitucionalizar. Podemos exemplificar isso no fato de que encontramos muitas pessoas que permanecem institucionalizadas em suas casas e em serviços, tais como os residenciais terapêuticos.

A desinstitucionalização consistiria então em um processo muito mais complexo que exige a transformação da relação que as pessoas estabelecem com a loucura. Para Rotteli (1990), a Psiquiatria havia separado o objeto fictício (doença) da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social e nos traz a proposta da *instituição inventada*, que busca a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam

simplificado. Nessa perspectiva o processo de reabilitação consistiria em devolver ao usuário o protagonismo de sua vida e reconstruí-los enquanto atores sociais.

Considerando o manicômio como o lugar zero das trocas sociais, como aponta Rotelli (1990), o processo de desinstitucionalização preconiza que as ações em saúde mental sejam feitas nos contextos reais de vida dos sujeitos, ou seja, no território onde vivem. Território entendido como elemento central para a organização da rede de atenção psicossocial e que deve ser pensado para além da delimitação de espaço geográfico, mas entendido também em seu aspecto relacional, onde a partir de três eixos principais – morar, trocar identidades e produzir e trocar mercadorias – se estabelecem as possibilidades de contratualidade e de participação social (SARACENO, 1999).

Ao falarmos sobre o conceito de território é necessário citar as importantes contribuições do geógrafo Milton Santos para a Saúde Pública. Para Faria e Bortozzi (2009) o autor aborda a concepção de espaço pensando-o para além das geometrias, considerando-o como: “(...) um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como quadro único na qual a história se dá.” (SANTOS, 2004, p. 63¹ apud FARIA E BORTOLLOZI, 2009, p. 34).

Entretanto quando falamos em território precisamos estar atentos aos significados que essa palavra pode ter e ao uso que se faz dela. Este conceito possui duas raízes com significados ambíguos: a origem latina da palavra que em *terri = terra* e *torium = pertencente a*, e a origem grega compreendida como “*térreo-terror*” = *aterrorizar/aquele que aterroriza* (FARIA E BORTOLOZZI, 2009). Nesse sentido Lima e Yassui (2014) afirmam a necessidade de estarmos atentos aos processos que ocorrem no território, considerando suas múltiplas lógicas – que visam a emancipação e participação dos sujeitos ou que podem contribuir para sua sujeição e dominação.

Para alguns autores o território engloba tanto as características físicas de uma determinada área, quanto um objeto vivo, composto de inter-relações, de histórias, memórias, de valores políticos, econômicos e culturais, de modos de apropriação ou alienação e de produção de sentidos. Pensar o trabalho no território é olhar para todas essas variáveis. Nesse sentido “olhar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar”. (LIMA E YASSUI, 2014, p. 597).

¹ SANTOS, M. A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção. 4ªed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

Na perspectiva da desinstitucionalização e da atenção territorial no SUS, institui-se em 2011, a partir da Portaria nº 3088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem como objetivo a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). Formada por serviços da Atenção Primária à Saúde (UBS/ESF/NASF/Centros de Convivência/Consultório na Rua), Atenção Psicossocial Especializada (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório (UAT), Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização (SRT/ De volta para a casa) e Reabilitação Psicossocial (oficinas de geração de renda e cooperativas), procura-se ampliar o acesso à atenção psicossocial e promover um cuidado contínuo e qualificado em todos os níveis de atenção.

As recentes mudanças na Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Campinas/SP.

A atenção à saúde de Campinas acontece de forma descentralizada, assim os serviços de saúde estão distribuídos em cinco distritos: Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste. Com relação à saúde mental, a cidade conta com uma ampla rede composta por: CAPS (III, II, AD), Enfermaria em Hospital Geral, Leitos em Hospital Psiquiátrico, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidade de Acolhimento Transitório, Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica, Centros de Convivência, Oficinas de Geração de Trabalho e Renda, Equipe de Consultório na Rua e Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, Pronto-atendimentos). A constituição dessa rede foi possível a partir de um processo de cogestão entre o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e a Prefeitura Municipal, iniciado em 1990 e durando por mais de duas décadas. A partir de 2010, algumas questões jurídicas sobre a legalidade do convênio, modificam a relação das instituições, gerando a necessidade de remanejamento de algumas equipes e serviços.

Em Campinas, os CECOS apresentam diversas de formas de criação, entre 1995 e 1997. Alguns têm seu início ligados aos esforços da comunidade e de movimentos sociais, outros nascem a partir dos CAPS e alguns são criados por de uma parceria com a atenção básica. Até o ano de 2013 haviam pelo menos doze CECOS na cidade (FERIGATO, 2013). Com esses impasses no processo de cogestão, esses serviços passaram por uma redução, sendo que atualmente a cidade de Campinas conta com oito CECOS que são reconhecidos enquanto serviços pela Secretaria Municipal de Saúde (Toninha, Tear das Artes, Casa de Cultura

Andorinhas, Rosa dos Ventos, Portal das Artes, Aurélia, Espaço das Vilas, Casa dos Sonhos), estando três sob gestão da Prefeitura Municipal e cinco sob gestão do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. Outros convênios com a Prefeitura também sofreram modificações e serviços de reabilitação foram fechados no último ano na cidade, como por exemplo, o Centro Interdisciplinar de Atenção ao Deficiente (CIAD), administrado pela PUC.

Todas essas questões impactam diretamente na clínica, visto que profissionais tiveram que ser remanejados e acolhidos por outras equipes, o que gerou um desgaste e sofrimento desses trabalhadores mediante a incerteza de seu futuro profissional. Também com o fechamento desses serviços, usuários perdem alguns de seus locais de tratamento.

Assim nos últimos anos, com todas essas transformações, nota-se nos CECOS remanescentes a chegada de um novo perfil de usuários, principalmente de pessoas com deficiência que não tem um local de tratamento e de reabilitação e que buscam no CECO possibilidades de socialização, aprendizagem, acolhimento e cuidado.

A cidade de Campinas é considerada uma das primeiras no processo de desinstitucionalização e implementação de uma rede de atenção psicossocial substitutiva ao modelo manicomial. Algumas experiências, como a criação de moradias para egressos dos hospitais psiquiátricos já existiam antes mesmo do surgimento da portaria que as regularizariam. De acordo com essa portaria (Nº 106/2000), as moradias passam a ser denominadas de “Serviços Residenciais Terapêuticos” e são definidas como “casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não.” (BRASIL, 2004).

Para a Portaria nº3090/2011, os Serviços Residenciais Terapêuticos são considerados dispositivos estratégicos para o processo de desinstitucionalização e se caracterizam em dois tipos:

Tipo I: Acolhe um grupo de 4 a 8 moradores com um maior grau de autonomia, que contam somente com o apoio necessário para suas atividades cotidianas, não sendo necessária a presença de profissionais 24 horas por dia.

Tipo II: Acolhe um grupo de 4 a 10 pessoas com maior nível de dependência, que por necessitarem de cuidados intensivos contam com apoio técnico 24 horas por dia.

Por sua singularidade política, até a metade de 2015 a cidade de Campinas contava com duas configurações diferentes da composição desses dispositivos, havendo casas ligadas aos CAPS III e casas localizadas em dois distritos (sul e leste) que contavam com duas equipes

específicas de moradias, composta por Enfermeiros, Psicólogos ou Terapeuta Ocupacional, técnicos de enfermagem, monitores, auxiliares de moradia e uma gestão para cada distrito. De acordo com a determinação do Ministério de que esses serviços se adequassem à Portaria, foi iniciado em 2014 um processo de transição para que essas casas fossem reabsorvidas e redistribuídas pelos CAPS III da cidade e passassem a ser gerenciadas por estes dispositivos.

Esse processo foi concluído no segundo semestre de 2015, sendo que das seis casas que eu acompanhava como residente, duas permaneceram no mesmo território (uma tipo I e uma tipo II), ficando sobre a gestão do CAPS da região (CAPS Sul). Continuei acompanhando-as pelo resto do ano. As outras três casas tipo I foram distribuídas cada uma para uma região: Norte (CAPS Estação), Noroeste (Caps Integração) e Sudoeste (CAPS Novo Tempo).

Em uma das casas (tipo II), onde a maioria dos moradores apresentava questões clínicas importantes e que necessitava de maiores cuidados, houve a redistribuição dessas pessoas para as “Unidades de Cuidado”, localizadas em Sousas, gerenciadas pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira, que contam com uma equipe e gestão própria. Além dessas mudanças das casas com todos os moradores irem para um novo território, houve o remanejamento de moradores entre as casas dos diferentes territórios, ou seja, foram separados de seu grupo de convívio e transferidos para outras regiões.

Este se configurou como um processo de intensas discussões acerca da reconfiguração dos modos de cuidar e que gerou impactos importantes na vida dos usuários que tiveram que reorganizar seu cotidiano e reconstruir possibilidades de vida em outros territórios. E é a partir da minha inserção como residente nesse contexto de mudanças e discussões, que algumas inquietações foram surgindo. A principal delas diz respeito à atenção nos diferentes dispositivos e como nossas ações como profissionais da saúde podem aumentar ou reduzir a potência de vida dos usuários que atendemos.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS MODOS DE CUIDAR

O passado recente da psiquiatria nos mostra que as práticas de “cuidado” exercidas nos manicômios e na proposta asilar de tratamento, eram baseadas numa “ética da tutela”, como afirma Costa-Rosa (2013), lógica que opera pela exclusão da subjetividade, sendo o sujeito visto como desprovido de razão e de possibilidades de decidir por si, devendo ser submetido aos “cuidados” dos técnicos que seriam aqueles “detentores dos meios técnicos capazes de resolver os problemas dos sujeitos” (COSTA-ROSA 2013, p. 275).

A mudança de paradigma implica em outra relação com o processo de adoecimento e com o modo de se olhar para os sujeitos em sofrimento, sendo fundamental que possamos construir modos de cuidar baseados no estabelecimento de uma contratualidade e não na tutela (AMARANTE 1994). Desta forma é necessário que possamos refletir em quais momentos nossas ações trazem potência de vida para a constituição dos sujeitos que atendemos e em que momentos essas ações os reduzem e objetificam, reproduzindo a lógica da invalidação.

Para ilustrar tal ponto de discussão, gostaria de narrar a experiência de um processo terapêutico com morador de um Serviço Residencial Terapêutico do tipo II localizado na região sul da cidade de Campinas.

Arnaldo (nome fictício), 59 anos é bastante comunicativo, mas em uma primeira aproximação pouco se compreende de seu discurso “aparentemente” desconexo e desorganizado. A primeira cena da qual me recordo sobre este morador é da primeira visita que faço à residência, em que o encontro do lado de fora agachado no chão com a cabeça baixa. Logo de cara consigo notar sinais de uma pessoa objetificada e cronificada graças a um longo processo de institucionalização.

Aproximo-me de Arnaldo e estendo a mão: “Muito prazer, eu me chamo Júlia”. Ele levanta a cabeça, me olhando meio desconfiado e me cumprimenta retribuindo meu gesto: “Bom dia” - logo em seguida abaixa a cabeça novamente. Pergunto se posso me sentar no chão ao seu lado, ele simplesmente responde: “Não pode”. Esse foi o início do nosso processo de vinculação e que mobilizaria muitos afetos ao longo deste ano.

A “casa” de Arnaldo segue um conjunto de regras e procedimentos muito enrijecidos, os moradores apresentam complexidades distintas e pouca (ou às vezes nenhuma) autonomia. Exigem cuidados específicos por suas questões clínicas ou do próprio sofrimento psíquico. O portão é fechado com um cadeado e os moradores não possuem as chaves, que ficam sob a

responsabilidade dos profissionais de plantão, assim como a cozinha e outros cômodos da casa. Essa configuração representa um desafio a ser agenciado por todos aqueles envolvidos na constituição no morar desses sujeitos.

Começo a visitar a casa com mais frequência, sempre o cumprimentando e tentando me aproximar aos poucos, até que um dia o convido para andar pelo bairro e ele aceita meu convite. Arnaldo quase não sai de casa e não conhece os recursos disponíveis no território, pois até pouco tempo era morador de uma Residência Terapêutica localizada na Região Leste de Campinas.

Caminhamos pelo bairro passando pelo Centro de Convivência, serviço no qual também sou residente, e entramos para tomar uma água e descansar um pouco. Arnaldo já frequentava o grupo de música – ía com uma perua que buscava os moradores das casas – e algumas vezes frequentava os grupos de argila e papel-machê, acompanhado por Juliana, TO residente, minha dupla nas moradias. Ele pede para levar duas revistas para casa, pega-as e coloca em baixo da blusa, pede um pouco de café, toma e me chama para irmos embora.

Nas semanas seguintes seguimos a mesma rotina, até que um dia chego na casa e me deparo com a mesma cena da primeira vez que o vi, porém desta vez, ao perceber que eu havia chegado, Arnaldo se levanta, vem até o portão e me estende a mão: “Bom dia, você veio me ver?”. Eu estendo a mão e respondo que sim, ele então me pergunta: “A gente vai lá no Japonês hoje?”. Tínhamos nossa própria comunicação, pois, mesmo que aparentemente aquela frase não tivesse sentido para outra pessoa que ouvisse, eu conseguia entender perfeitamente o que aquilo significava: Arnaldo gostaria que fizéssemos uma caminhada até o Centro de Convivência para que pudesse tomar seu cafezinho, pegar duas revistas, descansar um pouco e retornar para casa.

As monitoras e auxiliares de moradia haviam pedido para que eu não permitisse que Arnaldo trouxesse mais revistas, já que ele picava todas as folhas e as espalhava por seu quarto, fazendo uma bela “bagunça”, o que ocasionava em trabalho extra na realização da limpeza. Entretanto, sabia que aquilo tinha algum significado para ele, mesmo que não conseguíssemos compreender o que era. Até que determinado dia quando voltávamos de nosso passeio habitual ele me entrega vários papéis picados e me diz: “Eu gosto muito de você, toma o seu pagamento”. Entendi que aqueles papéis picados eram um gesto de agradecimento e um tipo de retribuição por eu tê-lo acompanhado em sua ida ao “Japonês”.

O que pretendo ilustrar com esse exemplo é que, se não estamos atentos às sutilezas do que o outro nos diz ou nos mostra, a potência daquele momento e do que poderíamos produzir

passa despercebida e é atropelada pela rotina, tornando-se captura. Assim interrogo: *como sensibilizar nosso olhar e nossa escuta para que aquela pessoa que só faz bagunça e que diz coisas sem sentido, passe a ser aquela que narra parte de sua história e de sua experiência em seus gestos cotidianos?*

A Terapia Ocupacional é uma profissão que busca estabelecer um processo terapêutico que acontece a partir de um encontro mediado pelo uso de atividades e que olha para o fazer humano nas várias dimensões e formas de se levar a vida. Assim o olhar do terapeuta se volta não apenas àquilo que é trazido no verbal, mas também pelas ações cotidianas e pelos possíveis sentidos naquilo que não se é possível exprimir em palavras. Lima (2004a) afirma que “a partir da escuta e do olhar do profissional, essas produções podem se fazer linguagem, instituir canais de trocas e encontro e criar novos universos existenciais” (LIMA, 2004a, p. 13). Buscamos uma conexão que pode ampliar esses universos, neste exemplo, de uma vida que foi marcada por um sofrimento e pelo empobrecimento de repertórios, marcas de uma institucionalização no corpo e na subjetividade. Assim, é necessário “pensar em uma clínica construtiva e inventiva de outras possibilidades e formas de vida” (LIMA, 2004a, p.16).

Para Merhy (1999), no trabalho em saúde podemos operar com três tipos de tecnologias, aquelas a que chama de “duras”, composta por máquinas e ferramentas de trabalho, que acompanhadas pelas atividades em saúde realizadas pelos profissionais com seus saberes e conhecimentos, são denominadas como “leve-duras”. Leve por se tratar de um saber adquirido pelos profissionais inscrito em sua forma de se pensar as ações e dura por ser um fazer pautado em normas, protocolos e procedimentos. O autor assinala a necessidade de se operar com um terceiro tipo de tecnologia, as chamadas “tecnologias leves”, saberes e conhecimentos construídos em relação com o outro, promovendo acolhimento e vínculo, possibilitando a produção do que ele chama de “trabalho vivo em ato”, o trabalho no momento em que se é realizado e que interage com os diversos tipos de tecnologia:

Há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado;

momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999, p.3).

Há uma dimensão do cuidado que se dá pela insistência em uma prática pautada na construção de um vínculo, de sustentação de uma presença e do desejo do outro, mesmo que aparentemente aquilo não faça sentido nenhum. “Estar com” no processo de significação e ressignificação de sua história. Jean Oury (1991) nos traz o conceito de “Espera Ativa”, a construção de uma atenção trabalhada que a torna sensível para a emergência de pontos importantes de serem acolhidos, escutados, trabalhados; o que surge nos detalhes, gestos e signos. Devemos assim estar “advertidos” para o que se apresenta e da forma como se apresenta.

Campos (2003) afirma que nosso objetivo como trabalhadores de saúde, consiste em resgatar o sujeito como aspecto central no tratamento. Fazer com o que aquilo que ele traz seja escutado e acolhido para a co-construção de projetos que visem sua autonomia. Esse conceito denominado de Clínica Reformulada e Ampliada considera o sujeito em toda sua complexidade, não excluindo a doença, mas a tomando como parte importante da vida, e que deve ser levada em consideração no processo terapêutico.

Entretanto é importante no trabalho em saúde perceber que algumas pequenas ações cotidianas podem capturar “o trabalho vivo em ato” e reduzir as possibilidades de ampliação de autonomia dos sujeitos e da constituição de um morar. Alguns exemplos de captadores são as medidas prescritivas/pedagógicas, a intensa medicalização para remissão de sintomas, a manutenção de uma limpeza impecável, o olhar da tutela, do “risco” e da “periculosidade”, que culminam, por exemplo, no portão e cômodos trancados, impossibilitando a circulação dos moradores por sua própria residência.



Imagem simbolizando os capturadores do trabalho vivo em ato

Saraceno (1999) afirma que “o manicômio é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar” (SARACENO, 1999, p.115). O estar está relacionado com a não apropriação do espaço por parte do indivíduo, já o habitar está relacionado com um maior grau de contratualidade com relação aos aspectos simbólicos, materiais e afetivos que envolvem o morar. Para Saraceno (1999) a Reabilitação Psicossocial, tem como objetivo se ocupar da casa e do habitar, a partir da desinstitucionalização das práticas, da transformação dos espaços e da subjetivação dos sujeitos, contribuindo para a ampliação de sua contratualidade e de sua participação social.

Assim o trabalho com Arnaldo consistiu em sustentar uma presença, acolher seus desejos e sua maneira singular de compreender e experimentar o mundo, possibilitar a experimentação de outros lugares a partir de nossas saídas pelo território. Constituir um vínculo que pudesse promover ressignificações e outros modos de habitar aquele espaço, para que de fato ele possa se configurar como um local para habitar e não somente para estar. Esse ainda representa um desafio para as pessoas envolvidas no cuidado nos Serviços Residenciais Terapêuticos.



O

fazer junto: recriar e ressignificar

DESCOBRINDO OUTROS POSSÍVEIS: O CUIDADO ATRAVÉS DOS AFETOS E DOS BONS ENCONTROS

O Centro de Convivência (CECO) é um dos dispositivos que compõem a rede substitutiva de atenção à saúde mental, de acordo com as diretrizes do SUS e da Reabilitação Psicossocial, tendo em seu núcleo a ruptura com o modelo hegemônico de se pensar a saúde (Aleixo, 2013). São espaços abertos com diversas atividades grupais (atividades artesanais, expressivas, corporais entre outras...) realizadas no próprio serviço ou em outros locais do território, a partir de parcerias. Nesse espaço convivem pessoas da comunidade, usuários de serviços do território, usuários da saúde mental e populações com vulnerabilidades diversas, sem a atribuição de rótulos ou foco no diagnóstico das pessoas que o frequentam (Aleixo, 2013).

Mais do que dizer do papel do Centro de Convivência no plano das portarias e normatizações, gostaria de trazer um pouco desse dispositivo enquanto produção sensível. Ou seja, o que O CECO promove para os sujeitos que por lá passam, sejam usuários, trabalhadores, parceiros da rede, residentes ou estagiários.

Ao fazer minha opção pelo Centro de Convivência enquanto campo de atuação deste ano, analiso quais atividades seriam possíveis dentro da carga horária que deveria ser dividida com outros dois serviços. A oficina de culinária estava dentro das possibilidades de inserção, unindo assim o desejo de participar deste espaço, com as disponibilidades de horários. É realizada semanalmente e coordenada pela Psicóloga do serviço.

Sempre tive interesse em participar de tal atividade, mas nunca havia tido a oportunidade. Apesar do desejo de realizá-la em vários momentos, não achei que seria possível por não ter o domínio da técnica de “cozinhar”. Assim participar de um grupo que já existia me pareceu uma boa oportunidade, visto também que estar em um espaço com outros profissionais e participantes que sabiam a “técnica” ofereceu certo acalanto.

O que fui percebendo ao longo desse ano na oficina de culinária, é que a técnica é só uma parte de um processo, que o não saber não configura a impossibilidade de se estar na composição do grupo, mas permite a significação e/ou ressignificação daquilo que se sabe e do que não se sabe.

Lima (2004b) propõe outra forma de análise de atividades a ser desenvolvida pelo Terapeuta Ocupacional, mais do que analisar suas características técnicas: material, habilidades, recursos e movimentos necessários, este outro modo de olhar nos ensina 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, 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. (LIMA, 2004(b), p. 47).

Mais do que um olhar específico para a técnica, o Terapeuta Ocupacional busca estar atento ao que naquela atividade faça sentido para os sujeitos que a compõe, a marca singular que a atividade tem para cada participante e que a partir dos encontros que o grupo promove, há a possibilidade de experimentação de outros lugares, de possibilidades de resignificação e de outras formas de se levar a vida.

Assim, cada semana trazia novos alimentos, sabores, cores, aromas, receitas, sensações e novas maneiras de se estar em um grupo, em um espaço onde não se opera a doença ou o diagnóstico, mas a vida em toda sua complexidade, onde se é possível conversar sobre vários assuntos desde a receita da semana seguinte até as vicissitudes da vida, onde a palavra “conviver” ganha materialidade; produção de saúde, de vida, de encontros e de afetos.

Falando em produção de afetos e encontros, gostaria de narrar uma situação que cabe como exemplo no objetivo deste trabalho. Uma das participantes da culinária é uma senhora de 81 anos (chamarei de Dona Maria), que sempre acompanhava sua neta Joana de 33 anos, participante do grupo de Dança do Ventre. Dona Maria e a neta chegaram ao CECO em agosto de 2014, quando Joana havia sido diagnosticada com Alzheimer precoce, uma doença muito agressiva, de herança genética que acomete várias gerações de sua família. Seu avô, tio, sua mãe e seu primo, todos com a mesma doença. A mãe faleceu com 41 anos, ficando acamada e mantida por aparelhos por 4 anos.

Inicialmente, pela complexidade do caso, a equipe fica em dúvida se o CECO seria um lugar adequado às necessidades de Joana, se não seria melhor que ela estivesse em serviços de reabilitação. A família, entretanto, tranquilizou a equipe dizendo que só buscavam “um lugar onde ela pudesse se distrair e fazer amigos”, uma vez que Joana havia vivenciando um período de muitas perdas. Era formada em administração de empresas e antes do processo de adoecimento, trabalhava em uma empresa multinacional de SP, falava fluentemente outro idioma e tinha um noivo com planos para se casar.

Desde sua chegada ao CECO seu quadro evoluiu muito rápido. Foi perdendo a fala, os movimentos de coordenação motora fina e global, o controle dos esfíncteres, apresentando agravos clínicos que culminou em um quadro infeccioso, levando-a à UTI. Joana faleceu em

agosto de 2015, mobilizando muitos sentimentos, tanto na equipe do Ceco que acompanhou muito de perto a evolução de sua doença, quanto nos usuários do serviço que conviviam com as duas. Porém antes de sua morte, encontrou na dança um espaço de acolhimento, experimentação e entusiasmo, que mesmo com os comprometimentos físicos que apresentava, era visível sua alegria e desejo em estar naquele espaço.

Dona Maria, que passou a frequentar o grupo de culinária para acompanhar Joana, não conseguia mais ir ao CECO após sua morte, pois a lembrança de sua neta nesse espaço era muito forte e dolorosa.

Resiliente, alegre e com uma fé inabalável, esta é Dona Maria, que vivenciou tantas dificuldades na vida e tantas perdas, sem nunca tirar o sorriso do rosto. Perdeu seu marido e sua filha, da mesma doença cruel que agora levava também sua neta. Antes disso havia perdido seus pais, quando ainda era pequena, e outros dois filhos, um natimorto e outro em decorrência de um acidente.

Sobre o sentido do CECO e da oficina para Dona Maria, ela mesma diz: “AQUI EU ME SINTO GENTE”. E de fato, era uma das maiores protagonistas do grupo de culinária, uma cozinheira maravilhosa, trazia várias receitas para compartilhar com os participantes, adicionando aos seus ingredientes um toque de carinho, uma pitada de sensibilidade e uma xícara de sabedoria!... Ah como é sábia Dona Maria, com seus ensinamentos sobre a vida... Lembro-me de uma vez, em uma festa no CECO, em que me contando sua história, dizia que poderia ter se deixado abater com tudo o que lhe aconteceu, mas que escolheu ter fé e seguir em frente, pois “não há dor que não se possa carregar”.

Como sabíamos a importância desse espaço para ela, o grupo, muito sensibilizado com tudo o que havia acontecido, teve uma ideia. Conversamos com sua família e combinamos uma surpresa para Dona Maria. Como ela não conseguia ir ao CECO, o grupo de culinária iria até a sua casa para preparar uma receita. Sua família adorou e apoiou a ideia e assim foi feito. Escolhemos levar os ingredientes para fazer sua receita favorita que já havia trazido em outro momento no grupo: bolo toalha felpuda – por sinal, uma das receitas favoritas de minha avó.

Chegamos de surpresa na casa de Dona Maria. Sua filha havia dito que um parente viria para visitá-la. Ficamos escondidos na sala, enquanto sua filha foi buscá-la. Ao ver a oficina de culinária ali, ela não acreditava, ficou muito feliz e emocionada, recebendo-nos com muito carinho. Estavam nesse encontro eu, residente participante da oficina de culinária, a psicóloga coordenadora do grupo, a psicóloga que acompanhava Joana na Dança, a psicóloga que havia ficado muito próxima da família desde seu acolhimento no CECO, três usuários do CAPS,

uma senhora da comunidade, filha, netas, sobrinhas, nora, amiga de Dona Maria e Dona Maria..

Mário é um usuário que no CAPS, sempre muito solicitante, irrita-se constantemente e é bastante repetitivo. Tem pouca autonomia em sua casa, trabalha em uma oficina de geração de renda, entretanto deixa todo salário com sua mãe, que também comanda todos os aspectos de sua vida, desde o que Mário veste, até onde seu dinheiro precisa ser gasto. No espaço do grupo de Culinária do CECO se coloca de maneira completamente diferente, auxilia em todas as etapas do processo de produção da receita. Lá ele pode não querer lavar louça, não querer descascar batatas... Ele pode decidir o que gostaria de fazer naquele dia e pode realizar de acordo com suas possibilidades e limitações.

No CAPS e mesmo no CECO questiona toda hora se já está na hora de sua medicação e se já pode tomá-la. Fica olhando no relógio com os comprimidos na mão e quando o ponteiro bate 15 horas, ele grita: “vou tomar o remédio, são 15 horas!”.

No dia do grupo na casa de dona Maria, algo de diferente aconteceu. Ao chegarmos, ele me chama num canto e diz baixinho:

- Júlia, o que eu vou fazer? Como vou tomar meu remédio?

Eu respondo:

- Ué, como assim? Toma seu remédio como sempre Mário.

Ele me diz:

- Mas Júlia, eu tenho preconceito do que as pessoas vão pensar de me ver tomando o remédio!

A psicóloga coordenadora do grupo que estava ao meu lado, observando a conversa, já se adianta e fala:

- Mário, aqui todo mundo toma remédio por algum motivo!

E todas as pessoas vão dizendo ao mesmo tempo:

- “É verdade, eu também tomo!”

- “Eu também”

- “Vixi, eu tomo um monte”...

E assim, sem nem nos darmos conta, quando foi 15 horas, Mário foi para o fundo da casa, tomou seu remédio e voltou para o grupo, sem todo aquele alarme que fazia toda semana. Além disso, durante o grupo se adiantou e sem que ninguém dissesse nada foi lavando toda a louça, deixando a família de Dona Maria encantada com tamanha gentileza. Quando o bolo estava pronto e Dona Maria ía servir a mesa, Mario diz: “não vó, pode sentar,

deixa que eu ajudo a senhora”. Na hora de ir embora, já estávamos todos lá fora e perguntamos, “cadê o Mário?”, ele estava terminando de lavar as louças que haviam ficado para trás...

Entre conversas, risos, lembranças e mão na massa, o encontro se fez... E na semana seguinte, Dona Maria conseguiu ir ao CECO para fazer uma receita. Seu famoso pão, que havia preparado para receber as visitas.

Essa narrativa nos mostra que estar na saúde mental é mais do que lidar com o processo de adoecimento, é também produzir sentidos, afetos, promover saúde e encontros. Através desses espaços grupais, é possibilitado um lugar ao não lugar, dando a oportunidade para que essas pessoas possam falar de si, olhar para si, mostrar suas preocupações, seus desejos e serem acolhidas em suas dificuldades, potencialidades e singularidades.

Teixeira (2004), através de uma leitura do filósofo Baruch Espinosa, afirma que existem dois tipos de encontro: aqueles que aumentam nossa potência de vida e aqueles que podem diminuí-la. A partir dos encontros, se positivos, surge através do que podemos chamar de “empatia”, uma relação de confiança, em que encontro no outro aquilo que me convém. Entretanto o que de fato pode promover a criação de um vínculo, não é aquilo que no outro me é comum, mas assim o que é estranho, irreduzível, a sua diferença absoluta. A partir do momento que consigo aceitar essa singularidade, é que posso passar de um afeto de confiança para um afeto de acolhimento (TEIXEIRA, 2004). É preciso sustentar a diferença, a singularidade, para que dela possam emergir outros modos de levar a vida, outros modos de estar no mundo.

Como afirma Aleixo (2013):

É no encontro que estamos juntos, no encontro que nos conhecemos, nos estranhamos, nos convidamos, trocamos, evitamos, escolhemos, perdemos, achamos, construímos, desconstruímos. É no encontro com o outro que descobrimos o quão é possível surpreender e sermos surpreendidos (ALEIXO, 2013, p. 141).

Mário é um exemplo da potência dos encontros para a ressignificação de seus modos de estar no mundo. A maneira como se apresenta nos diferentes espaços está ligada à autonomia que ele tem para conseguir realizar seus desejos, não tendo que ser submetido ao desejo do outro – passa da falta de autonomia para tomar seu remédio e para escolher sua roupa, à

liberdade de desempenhar um papel importante na oficina. Ao chamar Dona Maria de vó, observamos os afetos trabalhando por si só, impulsionados pelo encontro entre os dois. Este é um exemplo do trabalho vivo em ato, da construção do que Teixeira (2004) chama de “redes de trabalho afetivo”: rede de produção de afetos, de subjetividades, de formas de vida, de sociabilidades – rede de produção de redes (TEIXEIRA, 2004, p.5).



O encontro: A oficina de culinária na casa de Dona Maria...

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

"...Dizem que isso se chama 'coincidência' - quando encontros acontecem acidentalmente, sem ter sido preparados. De fato, foi um acidente. Não havíamos marcado hora, não havíamos marcado lugar. E, na infinita possibilidade de lugares, na infinita possibilidade de tempos, nossos tempos e nossos lugares coincidiram. E deu-se o encontro." (Rubem Alves)

Chegando ao fim deste relato, gostaria de fazer uma reflexão sobre o processo da residência, de formação e da produção dos encontros realizados ao longo desses dois anos.

Foi acidente? Mas não foram escolhas?

Sim, foram escolhas, escolhas baseadas em nossos itinerários de formação, trabalhados desde o primeiro momento que entramos na residência. Entretanto, de todas as combinações possíveis de serem feitas, faço as que me levam ao que foi produzido nesse relato. Minhas escolhas coincidiram no encontro com as pessoas sensíveis e especiais que encontrei ao longo do caminho e que muito me ensinaram até aqui.

O que aprendi nas moradias e principalmente através do intenso processo produtivo com Arnaldo, é a necessidade de estarmos atentos ao detalhe, estar disponível ao outro, ao que ele traz. Respeitar o seu desejo, a sua casa, o morar, seu cotidiano e contribuir para que o sujeito possa efetivamente habitar aquele espaço, o território, sua própria vida. Aprendi através do trabalho no CECO, que convivência é mais do que estar com: é a mão que acolhe, o abraço que sustenta, o sorriso que fortalece, o choro que transborda, a palavra que conforta.

Aprendi que é possível fazer diferente, realizar um cuidado a partir da coconstrução de projetos, numa perspectiva de atenção territorial e na parceria com diferentes dispositivos e atores do território. Aprendi que é no encontro com o outro que eu me reconheço enquanto sujeito em minha singularidade e é através dos encontros e dos afetos que a vida se constrói e se reconstrói.

Há uma dimensão da experiência que não é possível de ser narrada. Percepções do nível do sensível, que surgem dos encontros e dos afetos que mobilizamos ao longo dos processos e das quais não se pode dizer, apenas sentir, e assim transformar em ações e práticas que levem em consideração a singularidade dos sujeitos com quem nos relacionamos, nos diversos âmbitos do trabalho em saúde.

Enfim, o que aprendi com a residência é que a experiência é aquilo que nos passa, nos toca, nos acontece, e ao passar, nos forma e nos transforma (BONDIA, 2002). Desta maneira posso dizer que a vida é um intenso processo de formação e transformação. Encerramos esse ciclo para que outro possa nascer, dando continuidade aos nossos itinerários de afeto, de formação e de vida. Nunca estamos formados. Assim sendo, um brinde à experiência!!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, J. Centros de Convivência: Experimentando outras formas de trabalho e gestão. In: PÁDUA, E.M.M.; FERIOTTI, M.L (orgs.). **Terapia Ocupacional e Complexidade – práticas multidimensionais**. 1. Ed. Curitiba: CRV. 2013, p. 127-142.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. 202 p.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. 142 p.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 p.

BONDIA, J.L. **Notas sobre a experiência e sobre o saber da experiência**. Revista Brasileira de Educação; 2002, n.19, pp. 20-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas – o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3090, de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Diário Oficial da União, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para 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). Diário Oficial da União, 2011.

CAMPOS, G.W. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos GWS. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec. 2003.

COSTA-ROSA, A. Uma ética para atenção psicossocial: o cuidado em análise. In: COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora UNESP. 2013, pp. 271-323.

FARIA, R.M; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. R. **RA’EGA- O Espaço Geográfico em Análise**, Curitiba, n.17, p.31-41, 2009.

FERIGATO, S.H. Cartografia dos centros de convivência de Campinas: produzindo redes de encontros. Tese (Doutorado) - UNICAMP. Campinas, 2013, 320 p.

LIMA, E.M.F.A. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C.M.; FIGUEIREDO, A.C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental – sujeito, produção e cidadania**. Coleção IPUB. Rio de Janeiro, 2004 (a). Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/beth/oficinas.pdf>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2016.

LIMA, E.M.F.A. A análise de atividades e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 15, n.2, p.42-48, mai/ago. 2004(b).

LIMA, E.M.F.A.; YASSUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividades e cuidado na atenção psicossocial. **Rev. Saúde Debate**, v.38, n.102, p. 593-606, jul/set. 2014.

MÂNGIA, E.F.; NICÁCIO, M.F.S. Terapia Ocupacional em Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: DE CARLO, M.M.P; BERTALOTTI, C.C. **Terapia Ocupacional no Brasil** : fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus. 2001, p. 63-80.

MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004.

OURY, J. Itinerários de Formação. **Rev. Pratique**, n.1, pp. 42-50, 1991.

ROTTELI, F. A Instituição Inventada. In: NICÁCIO, M.F.S. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec. 1990, pp. 89-99.

SARACENO, B. **Libertando Identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 1999, 176 p.

TEIXEIRA, R.R. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America Center for Iberian and Latin American Studies University of California. Working paper. San Diego, 2004. Disponível em: <<http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>> Acesso em: 10 de novembro de 2015.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

FONTANA, J. “Um lugar para chamar de seu” - possibilidades para o apoio matricial: as pessoas, o CECO, a rede. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Apoio Matricial em Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, 2015.