

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

JÉSSICA VERÔNICA COUTO DE ARAÚJO

**A CLÍNICA DOS AFETOS E A TERAPIA OCUPACIONAL
NA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL**

Rio de Janeiro

2014

JÉSSICA VERÔNICA COUTO DE ARAÚJO

**A CLÍNICA DOS AFETOS E A TERAPIA OCUPACIONAL
NA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Terapia
Ocupacional da Universidade Federal do
Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do grau de
bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Marcia Cabral

Rio de Janeiro

2014

JESSICA VERÔNICA COUTO DE ARAÚJO

**A CLÍNICA DOS AFETOS E A TERAPIA OCUPACIONAL
NA SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Terapia
Ocupacional da Universidade Federal do Rio de
Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do grau de bacharel em
Terapia Ocupacional.

Orientadora: Marcia Cabral

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profª Marcia Cabral (ORIENTADORA-UFRJ)

Sandra Pacheco (BANCA-SMS/RJ)

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas a minha amada mãe Sueli Couto por ter incentivado e apoiado diariamente as escolhas que fiz para a vida e a Jorge Martins, por ter proporcionado os melhores momentos da vida e pelo companheirismo nessa desafiadora jornada que foi permanecer na universidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a minha mãe, que desde a infância me apoiava nos estudos, sendo presente até quando o cansaço falava mais alto e a minha família, por entender a minha ausência durante todo este tempo em que precisei me dedicar a faculdade e pelo apoio e incentivo para que esta fase e este sonho fossem realizados.

A todas as amigas que estiveram presentes em minha trajetória acadêmica: Mariana Martins, Fernanda Garcia, Pamela dos Anjos, Thaíssa Reis e Mirian Macedo, que contribuíram com sua amizade, força, conselhos, ajudas e colaborações. Em especial a Fernanda Garcia por ter sido companheira nas disciplinas e nos campos de estágio, sempre trocando experiências e participando ativamente da vida acadêmica. A Pamela dos Anjos, por ter me encontrado já no final da graduação, mas feito à diferença nos dias de angústias e de desespero para a conclusão dessa fase final. Jamais esquecerei vocês e tenho certeza que nossa amizade ultrapassará a UFRJ. Desejo que a gente continue parceiras na vida, com uma amizade sem cobranças, julgamentos e sempre livre.

A todas as terapeutas ocupacionais que foram preceptoras de estágio, principalmente a Márcia Domingues, Dirce Moreira, Adélia Pereira e Patrícia Cymerman pelo profissionalismo e dedicação durante o período de formação e por todo o conhecimento que compartilharam comigo, trocando experiências como verdadeiras colegas de trabalho.

Fico agradecida a professora Marcia Cabral, por ter sido um exemplo durante toda a graduação e por ter aceitado orientar este Trabalho, tornando esta fase rica de aprendizados, além de acompanhar as angústias e as alegrias deste processo que não foi nem um pouco fácil de ser concluído.

Em agradecimento especial, toda equipe do CAPSI onde fui estagiária como Acadêmica Bolsista, por ter me acolhido e proporcionado experiências que serviram para a construção deste Trabalho, além de provocar mudanças em como vejo a saúde mental e de como entendo a vida.

Por ter aceitado avaliar este Trabalho e por ser inspiração para o meu interesse neste campo de atuação da Terapia Ocupacional, agradeço a Sandra Pacheco.

Obrigada a todos, sem distinção, que fazem parte da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ que tornaram este sonho possível e me auxiliaram a caminhar e conseguir chegar até aqui.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra
alma humana.”

Carl Gustav Jung

RESUMO

ARAÚJO, Jessica Veronica Couto de. A Clínica dos afetos e a Terapia Ocupacional na Saúde Mental Infanto-Juvenil. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Esse Trabalho de Conclusão de Curso - TCC se propõe a apresentar de que forma a experiência no campo da saúde mental infanto juvenil, durante o estágio extracurricular realizado pela autora desse TCC em um Capsi da cidade do Rio de Janeiro influenciou reflexões teóricas e metodológicas para uma composição do que denominamos de “clínica dos afetos”. Tal denominação foi influenciada pelas discussões conceituais de Spinoza que produziram ressonância na clínica em saúde mental infanto juvenil vivenciada naquele Serviço. Este Trabalho foi construído numa perspectiva cartográfica dos territórios existenciais habitados pelo autor, que de certa forma traz uma experiência estética (dos afetos) vivida pelo aprendiz terapeuta ocupacional, aprendiz de cartógrafo e pelo aprendiz pesquisador enquanto mobilizador da construção de um trabalho científico da universidade.

Palavras chave: Terapia Ocupacional. Saúde mental infanto juvenil. Afetos.

ABSTRACT

ARAÚJO, Jessica Veronica Couto de. The Affections Clinic and Occupational Therapy on Youth Mental Health. Course Conclusion Paper – Occupational Therapy Department, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This **course conclusion paper** proposes to show how the experience in the field of “youth mental health” (children?) during extracurricular training held by the author of this scientific work in a CAPSI (Youth psycho social care center) on the city of Rio de Janeiro, influenced theoretical and methodological reflections for a composition of what we call “clinical affections”. This denomination was influenced by conceptual discussions of Spinoza that produced resonances in the youth mental health clinic field experienced on that service. This monograph has been built on a cartographic perspective of existential territories inhabited by the author of this end of course paper, that somehow brings an aesthetic experience (about the affections) experienced by Occupational Therapist apprentice, cartographer apprentice and researcher apprentice as mobilizing the construction of a scientific work of the university.

Keywords: Occupational Therapy. Youth Mental Health. Affections

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 AFETOS E AFECÇÕES NA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZ DE TERAPEUTA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL	13
3 DIRETRIZES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL	18
4 TERAPIA OCUPACIONAL E A SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Como a maioria das crianças, sonhava em ser tantas coisas...Caixa de supermercado, meteorologista, professora...Fui crescendo ouvindo e vendo meu primo estudar e entrar numa universidade pública. Lá já sonhava em um dia ingressar na Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Não sabia muito bem porque, mas lembro-me que na época era esta a universidade que mais ouvia falar sobre ser um bom local de estudo.

Aos meus 12 anos, quando tive Epifisiólise¹, minha vida foi transformada abruptamente. Passei por duas cirurgias ao longo do tratamento, necessitando de três meses sem colocar nem mesmo os pés no chão, passando por uma rotina pesada com sessões de Fisioterapia diariamente e reaprendendo algumas poucas atividades cotidianas como andar, subir e descer uma escada. Hoje, ainda com algumas limitações e com as aprendizagens vividas na Graduação em Terapia Ocupacional, percebi que as pessoas podem ter o seu cotidiano profundamente alterado e que este pode ser facilitado através da atuação do terapeuta ocupacional.

Essas vivências certamente me impeliram a olhar o outro com mais sensibilidade para reconhecer a necessidade daqueles que me encontro na condição de futura terapeuta ocupacional. Experiências que me ensinaram sobre as dificuldades em que os usuários têm inicialmente de criar laços de confiança com o terapeuta que lhes cuidam.

E foi a partir dessa minha experiência pessoal que se deu o meu interesse na área da saúde, que se confirmou ao ingressar no Curso de Graduação em Terapia Ocupacional na UFRJ em 2010, mesmo ainda não conhecendo o que podia proporcionar a Terapia Ocupacional na vida das pessoas, por ainda ter na época apenas o que havia recebido no tratamento em Fisioterapia como referência.

Na Terapia Ocupacional descobri que além da reabilitação física haviam outras áreas de atuação profissional, como a saúde mental. Meu primeiro contato com esta área foi na disciplina de Terapia Ocupacional em Saúde Mental. Na época, as aulas aconteciam no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/IPUB. A proposta das aulas acontecerem nesse Instituto era de nos aproximar dos usuários da saúde mental, buscando quebrar estigmas que muitos de nós trazíamos

¹ A epifisiólise proximal do fêmur caracteriza-se pelo deslocamento do colo em relação à cabeça femoral.

e produzir novas sensibilidades para cuidar das pessoas com histórias de sofrimento psíquicos e/ou com transtornos mentais. Mergulhada no IPUB, onde os usuários desse serviço circulavam entre professores, alunos e toda a comunidade universitária da UFRJ, descobri que havia serviço de saúde mental infanto-juvenil, mas foi somente ao ingressar como estagiária extracurricular da Prefeitura do Rio de Janeiro através da modalidade Acadêmico Bolsista Integrado em Saúde Mental num dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSI, do município, que efetivamente fortalecia o que antes era apenas uma intuição. Com o decorrer do tempo na graduação em Terapia Ocupacional, fui cada vez mais me apaixonando por este área de atuação.

E foi no momento de escrever o meu Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, que decidi escolher o tema da clínica da saúde mental infanto-juvenil, pois construir uma monografia em final de curso é momento de dedicação mais intensa e para esta jornada de intensidades é necessário desejo. Seria poder de certa forma retomar de forma reflexiva a experiência vivida no CAPSI. Seria a oportunidade de aprofundar estudos sobre uma clínica marcada por intensidades e afetos. Queria entender os diferentes modos que se apresentavam a clínica da Terapia Ocupacional na Saúde Mental Infanto-Juvenil. Esse movimento só reforçou a ideia de que é a Saúde Mental que me encanta e me seduz, e além disso, é área de atuação que pretendo seguir após a conclusão da Graduação.

Como objetivo deste Trabalho pretende-se fazer uma cartografia das experiências afetivas que a área da saúde mental infanto juvenil produziu nos corpos dos que viveram essas experiências – eu, enquanto aprendiz de terapeuta ocupacional, as crianças, os adolescentes, bem como seus familiares envolvidos nesse serviço de saúde mental. Tal experiência demonstrou-se intensiva e de certa forma me levou ao encontro de conceitos como afetos e afecções e como eles foram norteadores da experiência clínica vivenciada.

Em nossa leitura o estágio é uma experiência que possibilita uma convivência intensa com o ambiente de trabalho, com os usuários e nos ensina a trabalhar em equipe de forma compartilhada. E foi pelo exercício de acessar as memórias das experiências vividas que traçamos o desenho dessa monografia, pois começar a escrever este Trabalho foi algo bastante difícil, já que nada além das minhas experiências e das minhas impressões como futura profissional imaginava poder escrever. Era um querer escrever diferente, algo onde eu pudesse me colocar e me

encontrar nas palavras de forma bastante verdadeira. Nessa experiência de escrita me encontro com a metodologia da pesquisa cartográfica, pesquisa intervenção como dito por PASSOS e KASTRUP, 2009. Para esses autores a metodologia da cartografia é acompanhar processos. E assim nos implicamos com a monografia.

Nos permitimos a acompanhar feixes de memória da experiência vivida naquele serviço, considerando muito mais a cartografia dos afetos produzidos naqueles encontros com crianças autistas do que dados que poderiam ser confirmados ou rebatidos nos registros de prontuários. Uma aposta na memória como forma de inventar novos mundos, com novas inspirações para exercer uma clínica dos afetos. Escrever um Trabalho sobre a clínica dos afetos, tal como denominamos nessa monografia, seria falar de um modo de exercitar a Terapia Ocupacional na saúde mental infante juvenil. Mas para falar dessa clínica não estando mais na experiência de estágio era necessário habitar um território, como nos sugerem PASSOS e KASTRUP, 2009. E para habitar esse território seria preciso acessar a memória de um corpo que foi afetado por territórios existenciais tais como de crianças autistas, psicóticas e neuróticas graves, bem como de seus familiares. Na medida em que acessava essas memórias se presentificavam as experiência de aprendiz de terapeuta com seus materiais, as vivências com papeis, tintas e fuxicos.

Traçava uma escrita-experiência, uma intervenção política num certo modo de produzir a escrita científica para a conclusão de um curso. O TCC ia tecendo uma nova narrativa sobre a experiência vivida nesse serviço com aquelas pessoas. Pois trazia para cena acadêmica a experiência estética vivida na clínica com crianças autistas. Configurava-se como um trabalho científico para a universidade, porém sem abandonar os afetos que me marcaram e que eu desejava compartilhar como conhecimento construído.

PASSOS e KASTRUP (2009) irão nos dizer que o método da pesquisa cartográfica não se caracteriza com um conjunto de regras a serem aplicadas e nem com um saber pronto para ser transmitido. Ele não se resume a um modelo teórico – metodológico, pois a atitude do pesquisador envolve uma posição em relação ao mundo e a si mesmo. Uma metodologia onde o pesquisador e o pesquisado se encontram, coexistem ao mesmo tempo em que nascem simultaneamente. Foi nessa perspectiva que propomos construir esse TCC. Um emergir da experiência daquele que

escreve sobre e com os afetos vivenciados com os supostos objetos da pesquisa ou da intervenção terapêutica.

A pesquisa intervenção aqui nomeada como uma política de escrita só foi possível a partir da experiência de narrar sobre os afetos produzidos na clínica da saúde mental infanto juvenil.

Cartografar é problematizar a relação do pesquisador com o objeto a ser pesquisado. Cartografar é habitar um território existencial. Nesse sentido cenas dos afetos tristes e alegres vividos na época do estágio no Capsi serão expressos como material cartografado para este Trabalho.

Sem nenhuma pretensão coloco-me na escrita deste Trabalho de conclusão de Curso como um aprendiz de cartógrafo², que vem descobrindo a alegria de escrever sobre seus afetos diante da experiência de estar com crianças autistas, psicóticas e neuróticas graves. Rever a força dos materiais que afetaram os corpos de usuários, familiares e do próprio aprendiz de terapeuta na condição de estagiária. Escrever essa experiência era a oportunidade de produzir os entrelaçamentos teórico-prático necessários a essa clínica. E como nos diz SIEGMANN (2011), um aprendiz de cartógrafo não busca encontrar as identidades, as certezas no campo territorial ou nas leituras teóricas, mas se vê na aventura de pensar sobre a experiência vivida e escrita com uma estratégia metodológica usada não para encontrar respostas, mas para perder-se na busca, deixar-se experimentar, contagiar e misturar-se as sensações.

Como habitante de um campo de atuação, é importante falar do que o coração sentiu além de tentar compreender a amplitude da saúde mental e sua clínica, relacionando sem separação a teoria e a prática e os espaços de reflexão com a ação.

Para delinear nossa escrita estruturamos este trabalho em três partes. A primeira refere-se as discussões conceituais sobre Afetos e Afecções e o quanto estes conceitos foram dando sentido a experiência vivida enquanto estagiária na saúde mental infanto juvenil. A segunda parte apontando as diretrizes políticas e metodológicas dos serviços de saúde mental infanto juvenil de forma a orientar nosso trabalho a uma ética do cuidado e a terceira parte referente algumas inspirações que a Terapia Ocupacional pode ofertar ao campo da saúde mental infanto juvenil.

² Para PASSOS e KASTRUP, 2009 o cartógrafo é colocado em um processo de aprendiz para a composição de um território existencial, onde é lançado a uma dedicação aberta e atenta que vai iniciar sua habitação do território cultivando uma disponibilidade a experiência.

2 AFETOS E AFECÇÕES NA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZ DE TERAPEUTA OCUPACIONAL NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL

Neste capítulo estarei abordando minha experiência enquanto estagiária em um dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil - Capsi da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2013. Uma experiência que me marcou significativamente e que me levou a estudar a ao que denominamos nesse TCC de clínica dos afetos. Experiência que me levava a conhecer a potência que a Terapia Ocupacional poderia produzir com a população atendida nesse serviço.

Desde o início da graduação ouvia um recorrente discurso de que a clínica da saúde mental era algo difícil. Não entendia esses discursos! Ao me deparar com a clientela do Capsi, confesso que em alguns momentos acreditei que realmente era difícil, pois como aprendiz de terapeuta ocupacional não entendia o porquê que os recursos previamente planejados não apresentavam as respostas que imaginava serem tão resolutivos! Não havia resposta imediata a oferecer a aquelas pessoas. Sentimentos de angústia habitavam meu corpo! Na medida em que me envolvia com o trabalho da saúde mental com as crianças e adolescentes do Capsi, intuía que mais do que difícil, era uma prática complexa que exigia do profissional uma atenção cuidadosa com a vida das pessoas em que cuidávamos. Essa complexidade diz respeito a uma afinidade com a concepções mais ontológica do cuidado, da vida, e menos procedimental, menos uma aplicação de procedimentos terapêuticos com respostas padronizadas. Tal imersão no serviço, com as crianças e adolescentes autistas e psicóticas graves dava concretude ao que antes havia estudado na disciplina de Terapia Ocupacional em Saúde Mental, cursada na Graduação de Terapia Ocupacional da UFRJ. Sentia-me atraída e convocada a entrar neste campo e me aproximar do sofrimento do outro. Muitos afetos me assolavam, me alegravam, enfim, uma mistura de sentimentos habitava meu corpo.

Percebia que a complexidade do cuidado em saúde mental era experimentado como algo muito maior do que é, talvez porque a formação nos cursos na área de saúde ainda esteja centrada em uma concepção biológica e objetivante, com pouco espaço para discussões sobre o cuidado integral, numa perspectiva ética e humanista.

A objetividade esperada em algumas práticas de cuidado em saúde não se adequava as necessidades da clientela infanto juvenil daquele serviço de saúde mental. Fui percebendo que as intervenções com essa clientela eram conduzidas pelo afeto.

Lembro-me que no início dos encontros com as crianças, eu chegava cheia de atividades previamente planejadas, que de certa forma ainda estava repleta de ideias preconcebidas sobre o desenvolvimento da criança e de que forma essas atividades poderiam contribuir para que elas pudessem crescer e, mesmo com seus sofrimentos, pudessem aos poucos se adaptar a um padrão de normalidade habilitando-os a tornarem-se livres, independentes e autônomos. Era ainda um pensamento marcado pelo objetivo de tornar aquelas crianças e adolescentes aptos a conviverem neste mundo da “normalidade”, que muitas vezes se mostra cruel a sua singularidade.

Sentia-me muitas vezes presa, e ao mesmo tempo percebia a criança livre. Estava presa aos procedimentos terapêuticos aprendidos na Universidade e pouco sensível a liberdade da criança. Sua expressividade me ensinava quando eu me autorizava ao encontro mais autêntico com ela. Com o tempo fui percebendo que quando propunha atividades pré-concebidas e muitas vezes negadas pelas crianças, eu acabava me libertando e me deixando conduzir pelos afetos e pelos trajetos que ela me conduzia. Percebia estar construindo outro modo de estar junto. Um modo singular de cuidar.

Lembro-me que certa vez, quando propus a um grupo de crianças que brincássemos com o *jogo cara a cara*. Não consigo lembrar qual era o objetivo dessa intervenção, mas lembro de que tudo foi planejado minutos antes junto com outra estagiária. As crianças aceitaram a proposta, mas a certeza de que a atividade era ótima porque havíamos planejado com antecedência e com objetivos traçados para aquele grupo de crianças, caiu por terra! Pois a resposta que obtivemos das crianças foi uma desanimação total. A brincadeira, aos nossos olhos, parecia estar ótima, até uma delas dizer que estava muito chato e que queria apenas se sentar no tapete. Muito frustrada, perguntei se eu poderia me sentar junto a ela, e de forma acolhedora permitiu minha companhia. No tapete, a atividade virou uma roda de conversa, um espaço de descanso e de descontração. Ali as crianças falaram do que gostavam de brincar e aquela que sugeriu sentar no tapete disse que às vezes queria só ficar descansando, associando a situação do longo percurso que fazia de sua casa ao serviço quando ia caminhando.

Essa experiência me fez refletir que não sabemos o que é o melhor para o outro e que sem trocar com o usuário podemos violentar seus desejos e condições de existir em sua singularidade. Fui aprendendo que era necessário conhecer o outro nos colocando no lugar de parceiro do cuidado. Isto me foi abrindo a possibilidade de pensar no potencial do uso das atividades como estratégias de cuidado sem que necessariamente fosse pautado em prescrições segundo as patologias, os sintomas ou outras situações consideradas como problemas.

Essas experiências deslocavam o sentimento inicial quando havia chegado ao Capsi, quando ainda sentia medo do novo, da clientela e da minha falta de prática. O prazer que sentia quando trabalhava com as crianças desfazia esses preconceitos e possibilitava uma nova descoberta enquanto aprendiz de terapeuta ocupacional. Sentimento onde parecia que eu havia nascido para isso. Passo então, a me interessar e querer estudar mais sobre a clínica com essa clientela. Uma clínica norteadas pelos afetos e que me exigia a compreender o que os conceitos como afetos e afecções poderiam colaborar na construção dessa clínica.

Encontro-me assim com Spinoza e entendo que as afecções são os próprios modos. Designam o que acontece ao modo, às modificações do modo, os efeitos dos outros modos sobre este. São imagens ou marcas corporais, e as suas ideias ao mesmo tempo englobam a natureza do corpo afetado e a do corpo exterior afetante. Essas afecções formam certo estado do corpo, que implica mais ou menos perfeição que o estado anterior. De um estado a outro, de uma imagem ou ideia a outra há transições e passagens vivenciadas, durações mediante as quais passamos para uma perfeição maior ou menor. Essas durações ou variações contínuas de perfeição são chamadas afetos ou sentimentos.

As afecções do corpo podem ser entendidas pelas quais a potência de agir desse mesmo corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou impedida. Para Espinosa, o afeto é uma força de agir, de existir em seu corpo maior ou menor que antes.

A passagem a uma perfeição maior ou o aumento da potência de agir, denomina-se afeto ou sentimento de alegria, que são obtidos através dos bons encontros. A passagem de uma menor perfeição ou diminuição da potência de agir, denomina-se tristeza, que é obtida com os maus encontros. Portanto, é assim que a potência de agir varia em função das causas exteriores, com o poder de ser afetado e é

a essas variações que o Terapeuta Ocupacional deve estar atento, buscando sempre produzir o aumento da potência de agir através dos bons encontros com o outro.

O bom e o mal são duplamente relativos e se manifestam em relação ao outro, e ambos em relação a um. Isso deve ser considerado sempre, pensando nas particularidades de cada indivíduo. São dois sentidos da variação da potência de agir: a diminuição é a tristeza, que é má, e seu aumento é alegria, que é bom.

Há sempre um processo de singularização, pois a lembrança de outros encontros também vem a estabelecer uma nova relação afetiva onde algumas intensidades são enlaçadas e outras são deixadas de fora.

Seguindo a pista de SPINOZA (2009) sobre o que diz dos bons e maus encontros, posso dizer que vivi vários encontros, alguns bons, que aumentaram nossas potências de agir, eu, usuários, familiares e equipe; e outros maus encontros, que produziram uma diminuição das nossas potências de agir. Entender esses processos foi importante para que como aprendiz de terapeuta ocupacional pudesse saber me colocar diante das situações inesperadas de cada encontro.

SPINOZA (2009) irá diferenciar afeto de afecções. Para ele as afecções são os modos pelos quais as partes do corpo humano são afetadas. E os afetos são as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções.

Seguindo as definições de Spinoza percebi que a clínica na saúde mental é carregada de detalhes, uma clínica das minúcias, das delicadezas. Uma clínica que convoca o cuidado pautado em uma ética, que nos faz abandonar os pré-conceitos, sair da lógica dos procedimentos e priorizar as *tecnologias leves* MERHY (2006). É escutar o que as palavras nem sempre expressam. É entender o sujeito através de um olhar e de um sorriso. É valorizar que a vida se constitui numa cotidianidade que se dá na simplicidade do existir. E é sobre a cotidianidade que o terapeuta ocupacional se dedica a olhar. Um olhar que vê a criança utilizando outros recursos para se comunicar, para além, ou em substituição as palavras, para se relacionar, para criar novos modos de existir. Essas seriam as pistas de uma clínica dos afetos. Esses são os modos de expressão de uma clínica da Terapia Ocupacional na saúde mental infanto-juvenil.

Um dos aprendizados mais importantes que tive no Capsi foi praticar a escuta sensível ao outro e a me colocar à disposição daqueles ditos “chatos”, como às vezes

são chamadas as famílias de crianças e adolescentes desses serviços. Uma escuta que foi sendo construídas na prática de acolhimento da porta de entrada do serviço. Ali as histórias de sofrimento de tantas crianças e famílias que buscavam um sentido para seus sofrimentos me afectavam. Através dessa vivencia pude perceber que, na maioria das vezes, o que expressava a adesão dos usuários e de suas famílias aos projetos terapêuticos traçado no serviço era a segurança e a certeza de que realmente ali eles eram seriam acolhidos. O desafio colocado nessa experiência afectiva era o de transformar as afecções em afetos que aumentassem as nossas potências de agir, de vida. Transformar os maus encontros da vida em bons encontros. E com tempo fui aprendendo a ler melhor esses encontros e manejá-los melhor. Uma das experiências de manejo se colocou na “Oficina de fuxico” realizada com essas famílias marcadas pelo sofrimento. O que a princípio era um encontro marcado por uma atividade sem sentido, de mera repetição foi se transformando num bom encontro, num aumento de potência de existir quando a voz de uma das mães foi acolhida pelo aprendiz de terapeuta ocupacional e pelas demais mães desse grupo. Cansada de fazer fuxico, experimentado como solitário, não entendendo o sentido para aquele fazer, essa mãe propõe que o grupo trocasse ideias de como aquele fuxico poderia ser aproveitado. Criando montagens de capas de almofadas, colchas de cama, bolsas e produtos que elas mesmo pudessem estar vendendo em casa para ajudar na renda familiar. A partir dessa provocação fomos então todos bordados por um fuxico coletivo. Experiência sensível do cuidado com famílias de crianças e adolescentes autistas e psicóticas graves que marcam até hoje a minha vida e comparece com força nesse TCC.

3 DIRETRIZES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL

Pensando na história da infância e da juventude, podemos dizer que a importância da criança e do adolescente como sujeito de direito fez com que o estado não se responsabilizasse por elas, mas oficializasse o fato de que a criança a ser assistida seria aquela considerada deficiente social (pobre), deficiente mental e deficiente moral (delinquente). O resultado deste processo foi a institucionalização do cuidado e a criminalização da infância pobre, o que gerou um grande quadro de desassistência, abandono e exclusão. (BRASIL, 2005)

Em relação à saúde mental na infância, os higienistas preocupavam-se com a fiscalização de doenças psiquiátricas ao olhar para o desenvolvimento e os cuidados morais da criança dita normal. Já as crianças com transtornos mentais eram tratadas em manicômios, junto com adultos, pois não havia estudos sobre as doenças mentais infantis ou uma classificação que as diferenciasse dos transtornos que os adultos apresentavam.

A partir do século XX os estudos científicos foram iniciados acerca da psiquiatria infantil, relacionando-a com questões de deficiência mental, psicologia e pedagogia. O vínculo criado com a educação, associado à conquista de outra noção sobre a criança, constituiu os pilares da construção de uma assistência médico - psiquiátrica infantil.

Em 1988, a criação da carta constitucional em seu artigo 227, deu condição da criança e do adolescente a ser cidadão, garantindo - lhes o direito à vida, alimentação, educação e saúde, lazer e cultura, profissionalização, dignidade, respeito, liberdade, convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL,2005). Com isso, na Saúde Mental também passa a ser compreendida como uma questão complexa que envolve fatores psicológicos, culturais, históricos, econômicos e sociais.

Estar no mundo é fazer parte dele, interagir, trocar com, tornar-se andante, sem que para isso seja necessário mover-se fisicamente. Há uma complexidade das dimensões que constituem o sujeito e suas relações e o indivíduo é, antes de qualquer coisa, uma essência singular. Um grau de potência que corresponde certo poder de ser afetado.

Uma clínica baseada na ética antimanicomial, como foi pensada no processo da Reforma Psiquiátrica, deve incluir os conceitos de solidariedade e amizade, pois para viver fora dos muros altos dos manicômios, os “loucos” e seus familiares precisam estar ligados e integrados na cidade, no seu território com suas redes, aos vizinhos, a outras experiências transformadoras, a outras lutas, com possibilidades e conexões afetivas e sociais que pouco a pouco, transformem os discursos sobre a loucura na sociedade em que vivemos. O cuidado deve ser necessariamente, também uma clínica da inclusão social.

O modelo da atenção psicossocial surge para questionar os modos de produzir conhecimento. Os saberes se produzem a partir das relações em que a pessoa vai estabelecendo no mundo.

Segundo o Guia de Referência rápida dos Centros de Atenção Psicossocial, (2013) os CAPS foram criados como a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica, sendo então o lugar de referência do cuidado para as pessoas com um grave sofrimento com persistência e severidade que demandem uma atenção intensiva.

É o serviço ordenador e porta de entrada da rede. É este serviço que faz valer as diretrizes das políticas públicas de saúde mental em cada território e não a instância institucional a qual caberia algum tipo de poder estabelecido a ser exercido sobre demais instâncias ou serviços em um determinado território.

Existem vários tipos de CAPS, caracterizados e divididos para atender uma determinada clientela. No que se refere às crianças e adolescentes, é o CAPSI II que é o responsável pelo cuidado em saúde mental.

O CAPSI II atende diariamente uma demanda exclusiva de crianças e adolescentes em municípios com população de até 200 mil habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira das 8:00 às 17:00 horas, como orienta a Política de Saúde Mental preconizada pelo Ministério da Saúde.

O CAPSI exerce cuidado em sua categoria aos portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. Esse diagnóstico geralmente deve ser realizado com muita cautela, pois se sabe que a criança ainda vai passar por inúmeras transformações em seu desenvolvimento. Quando o atendimento tem início o mais cedo possível, as probabilidades de haver mudanças em seu quadro clínico são favoráveis à melhora da criança e do adolescente.

A equipe multiprofissional que é responsável pelos atendimentos se dispõe a criar um ambiente terapêutico onde haja trocas afetivas entre eles, as crianças, os adolescentes e que o espaço possa assegurar a expressão, percepção e elaboração de conflitos emocionais, possibilitando o acesso a novos modos de se relacionar.

O CAPSI é utilizado como intermediário entre o hospital psiquiátrico e o atendimento no ambulatório e propiciam aos familiares um espaço para expor suas angústias e dúvidas, sendo auxiliados na compreensão das dificuldades da família, da situação da criança e do adolescente e a etapa de desenvolvimento de seus componentes. São realizadas orientações que possam auxiliar no enfrentamento de problemas, bem como impulsionar comportamentos mais construtivos frente às dificuldades tanto do paciente, quanto de seus familiares e sua rede de suporte.

Dentre as atividades realizadas pelos CAPS, em todas suas subdivisões como álcool e drogas, adulto e infanto-juvenil, está o Acolhimento ao usuário de saúde mental; Acolhimento das situações de crise, realizando contato com outras unidades de saúde, caso necessário; Promoção de saúde; Realização de ações intersetoriais com educação, justiça, assistência social, trabalho, habitação, cultura e lazer; Atendimentos em grupo e/ou individuais por equipe multiprofissional; Atendimento a familiares, em grupo ou individual; Realização de Assembleias de Usuários e Familiares e/ou apoio à forma de associação de usuários e familiares; Realização e incentivo a participação de profissionais em fóruns de saúde mental, participação nos conselhos distritais, visando à integração e construção de articulação e parcerias intersetoriais; Acompanhamento nas internações, principalmente as psiquiátricas; Visitas domiciliares e institucionais, de acordo com o projeto terapêutico do usuário; Realização de oficinas terapêuticas; Atividades e eventos coletivos regulares internos e externos; Projetos de geração de trabalho e renda; Projetos artísticos e culturais; Supervisão clínico-institucional; Articulação permanente com a rede setorial da Estratégia de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Ambulatório Emergência Psiquiátrica, Hospital Geral ou Psiquiátrico; Ações de matriciamento; Ações de Desinstitucionalização.

Existem ainda atividades mais específicas descritas pela carteira de serviços para cada tipo de Caps. No que se refere à infância e juventude devem ser realizados acompanhamentos de internações em Hospital Geral; Acolhimento da demanda por medicalização; Reuniões regulares com profissionais da educação, conselho tutelar,

justiça; Inclusão de responsáveis e familiares no tratamento; Gestão de Unidades de Acolhimento Infante-Juvenis.

Refletindo sobre a descrição de como um CAPS deve funcionar e associando com a experiência que tive como estagiária várias questões apareceram. Primeiro que na teoria tudo se mostra ser extremamente eficaz, sem nenhuma dificuldade de ser de fato realizado, mas será que na prática, no cotidiano, os serviços conseguem seguir todas as diretrizes que definem seu funcionamento? Com o pouco da experiência que tive, posso responder que não. Os serviços enfrentam diversas dificuldades, principalmente os com menor tempo de implementação. Faltavam recursos, faltavam profissionais na equipe, faltava apoio de outros serviços da Rede, para o cuidado ser realizado. Mas será que essa falta compromete o cuidado que é oferecido pelos profissionais? Quando os profissionais são engajados, responsáveis e ativos no campo, as faltas dificultam, porém isso não resulta no mau funcionamento do estabelecimento, é possível identificar a existência de bons encontros, encontros que aumentam a potência de agir, tanto dos usuários quanto dos técnicos e “aprendizes de terapeutas ocupacionais”.

Operar na lógica de Rede é mais do que reunir um conjunto de serviços e trabalhar de forma multiprofissional deve ser além de estar inserido em uma única equipe. O cuidado e as responsabilidades devem ser partilhados entre os serviços do mesmo território, a fim de construir assim um trabalho juntos.

Um dos principais aprendizados que tive em relação ao serviço, é como uma equipe precisa estar unida e engajada com seu trabalho para poder alcançar os objetivos de cuidado em um serviço, pois são a partir da identificação dos problemas que os sentimentos sobre o campo e os afetos falam mais alto. São diante das dificuldades que os bons encontros também podem se mostrar e sermos mais capazes de nos afetar, provocar e convocar ao cuidado.

A troca de saberes proporcionado pela equipe multiprofissional faz a clínica em saúde mental ser compreendida de forma integral, trazendo melhores encontros e melhorias para os pacientes. Uma equipe de trabalho unida, implicada e com vários profissionais em um serviço, além de ampliar as possibilidades e melhorar o caminhar tanto do serviço como de seus profissionais e pacientes, traz para seus estagiários mais oportunidades de aprendizagem.

A vivência no CAPSI me transformou e tem me ajudado a me constituir em uma profissional com o olhar mais sensível para o sujeito, percebendo e respeitando a singularidade de cada um, pronta para atuar de forma ética e responsável nesta área, de forma apaixonada pela Terapia Ocupacional, e mais ainda, pela saúde mental. Levo comigo cada orientação da equipe, que me ensinou a importância de um trabalho construído coletivamente e princípios que ficarão para a vida inteira. Levo também a sede de continuar trazendo possibilidades a essas crianças, de lutar para que este campo de atuação tenha cada vez mais visibilidades e oportunidades para continuar caminhando de maneira eficaz, transformando vidas além de seus usuários.

Quando a criança e o adolescente são inseridos em um serviço de saúde mental, a expectativa da família é que elas melhorem, se "curem" de acordo com seu crescimento e desenvolvimento, porém é preciso construir com essas famílias que muitas delas precisarão de cuidado e atenção psicossocial para a vida toda.

Lembro-me de um dos maiores medos dos familiares eram em relação à transição e transferência do usuário do CAPSI para um CAPS quando estes completavam 18 anos. Durante os nove meses que estive presente no estágio, não vivi nenhum encaminhamento deste tipo, mas pude pensar sobre o assunto e como isto refletiria na vida daquelas pessoas. Para que esse processo não provoque maiores sofrimentos, o terapeuta ocupacional pode atuar como mediador na troca de informações entre as instituições e realizar o melhor e mais cuidadoso encaminhamento compartilhado para esta família, sem desfazer totalmente o vínculo instituição-paciente-terapeuta, pois as relações afetivas ficam independentes da idade cronológica alcançada.

O futuro do cuidado e o desfecho do caso e seu projeto terapêutico devem ser definidos a partir de discussões entre as equipes, respeitando e facilitando o cotidiano do paciente em questão a fim de assegurar que o caminho percorrido por ele durante o período em que foi cuidado não seja perdido e que sua evolução não seja regredida.

O uso de medicamentos é uma parte importante do tratamento. Na infância costuma-se adiar sua introdução a fim de evitar que as crianças comecem a utilizá-los muito cedo. O tratamento farmacológico é usado para aliviar e controlar os sintomas dos transtornos mentais, mas devem estar associados às outras formas de cuidado. Nem sempre só o medicamento ou só as atividades são únicas formas de cuidado. O

tratamento deve ser realizado com a integração de diferentes áreas profissionais para que o sujeito consiga ser afetado e sua potência de agir, de viver sejam acionadas.

Após este retrato das diretrizes dos serviços de saúde mental infanto juvenil, convido o leitor a entrar no tema principal desse TCC. Refere-se ao que mais esperei falar, e que, de certa forma, responde a principal pergunta que os acadêmicos fazem durante a graduação: “O que a Terapia Ocupacional pode fazer nessa clínica da saúde mental infanto juvenil?”.

Estar imersa na prática clínica, responde bem essa pergunta. Mas a tarefa de descrever não é tão fácil. Contudo, com a experiência vivida no estágio, acredito que as mudanças produzidas no meu corpo podem auxiliar a nos aproximar de uma resposta temporária a questão levantada.

Influenciada pelos conceitos de afetos e afecções e sobre as diretrizes éticas e políticas dos serviços de saúde mental infanto-juvenil indago-me: Como posso contribuir e proporcionar trocas significativas com o outro, senão na condição de sempre ser um aprendiz de terapeuta ocupacional? Já que na dimensão processual do cuidado em saúde mental infanto-juvenil estamos sempre numa condição de aprendiz.

4 TERAPIA OCUPACIONAL E A SAÚDE MENTAL INFANTO JUVENIL

Revisitando a história da Terapia Ocupacional no Brasil identificamos seu surgimento fortemente influenciado pela psiquiatria voltada mais especificamente a uma assistência hospitalocêntrica. O tratamento era basicamente marcado por uma prática em que as pessoas internadas utilizavam as atividades como terapia, embora outras intenções também atravessavam essas práticas, pois eram práticas que também serviam para um processo de manutenção e organização dos hospitais. Diante das transformações na assistência psiquiátrica, temos buscado um aprimoramento teórico, técnico e político para a atuação profissional em rede, em equipe interdisciplinar, buscando a criação e/ou fortalecimento de serviços substitutivos aos hospitais, valorizando os diferentes níveis de atenção como prevenção e promoção de saúde, tratamento, reabilitação, visando sempre a inclusão social de pessoas marcadas pelo estigma social.

No final da década de 1970, alguns terapeutas ocupacionais defendendo a função terapêutica, incorporaram conceitos psicodinâmicos baseados na psicanálise e na psicologia e criando métodos de tratamento. Um desses métodos pensa a terapia ocupacional numa dinâmica relacional entre terapeuta – paciente - atividade em que se compõe numa trilha associativa, num campo transferencial (RIBEIRO, 2005).

A noção de atividade em Terapia Ocupacional, no contexto das novas práticas durante sua história, também é ressignificada, se registrando nas relações entre as pessoas e os contextos, na produção de possibilidades subjetivas, sociais e culturais que tornem possível a convivência com as diferenças. As atividades devem se constituir num meio de socialização e inter-relação para ser pensadas singularmente para cada pessoa, em cada situação, sempre referidas à história individual ou pessoal e grupal.

Falar de uma clínica dos afetos, como decidimos nomear a clínica da terapia ocupacional na saúde mental infanto-juvenil, exige que falemos de um espaço de aliança entre o terapeuta e o sujeito atendido, entre corpos que se afetam numa relação estabelecida pelos encontros, e que tem como principal objetivo o compromisso com a vida. Uma aliança que na Terapia Ocupacional vemos que se faz a partir de um grande número de elementos como materiais, sons, cores, enfim,

materiais tangíveis e intangíveis como os gestos e as intensidades as mais sutis que se expressam nos corpos das crianças, das famílias, dos terapeutas. É pensar numa prática que permita a produção de sentidos a partir de processos criativos, distanciando-se das representações e das reproduções. E que possa ter sua fundamentação teórica e metodológica numa dimensão ético-estético-política, no qual o ato clínico se coloca como um espaço de crítica à realidade em suas variadas formas de modernização, funcionando assim, tanto como produção e invenção de novas realidades, como um dispositivo intensificador do pensamento e multiplicador de formas de intervenção.

Para Nise da Silveira apud Vaz, (2004) a Terapia Ocupacional seria o tratamento através de atividades livremente escolhidas e espontaneamente executadas, que se diferenciaria de um “Laissez-faire” (deixar fazer) desproposital. As atividades desenvolvidas no serviço exemplificaram muito bem o que dizia Dra Nise, pois percebi que foi através do Lúdico que as crianças e adolescentes psicóticos e autistas se colocavam numa atitude relacional com o terapeuta.

A clínica dos afetos convoca o terapeuta ocupacional a produzir uma abertura a outros sentidos, a entrelaçar os já existentes. Pressupõe um diálogo, uma expressão dos desejos e, ainda, um inventar-se e um subjetivar-se continuamente (SIEGMANN, 2011).

Considerar a clínica dos afetos não se separa de uma condução ético-política do Sistema Único de Saúde – SUS como alguns teóricos afirmam a separabilidade entre clínica e política, entre clínica e direito humanos. Assim, falar da clínica dos afetos é falar de sensibilidade e disponibilidade para seguir os fluxos que cada criança, família pode nos guiar. Deixar a ser guiado pelo usuário e descobrir novos setting, é habitar o território de moradia dessas pessoas, pois é lá que podemos entender como se dá a existência dessas crianças e adolescentes, já que consideramos que existir em uma comunidade e em um contexto social, não é só estar apenas presente, mas efetivamente produzir trocas.

O processo terapêutico deve permitir uma decifração dos signos constitutivos dos corpos que agem, afetam e são afetados na Terapia Ocupacional e no cotidiano de suas ações. É preciso criar espaços de pertencimento e de significação, o que pode significar também, abrir o corpo às mudanças de estado, aos deslocamentos, aos

sentimentos, as experiências, aos detalhes, se reinventando e criando outras formas de se libertar de antigos contornos.

As atividades cotidianas com suas amplas formas de expressão do corpo e da linguagem e a própria clínica da Terapia Ocupacional, podem ser constituídas como espaços de movimentação dos corpos, de expansão de suas potências e de experimentação de novos caminhos.

É possível ativar no sujeito as forças que ele mesmo possui. Incorporar a problematização no espaço clínico exige o encontro entre corpos, uma espécie de conversa onde a palavra não se restringe ao senso comum de trocas de informações, mas incorpora gestos, olhares, certezas, dúvidas, questionamentos, silêncio, procura, escrita, descoberta, escuta, emoção, além de tantos outros modos de expressão de si.

A terapia Ocupacional faz intervenções baseadas na complexidade das relações que são descontínuas, mutáveis e que dependem da história do próprio ser. Ela cria espaços de interação de afetos e de cumplicidade que se produz entre os corpos do terapeuta e do paciente, entre o paciente e a atividade.

O terapeuta Ocupacional poderá ainda proporcionar um desconversar, sugerindo um desaprender, uma desconstrução do corpo organizado e das formas de fazer as atividades cotidianas gerando um desassossego e incerteza que permitem sair das representações sociais como uma forma de ampliação da capacidade de vir a ser.

Conhecer o mundo das relações humanas e inumanas, estar com e estar em, exige um puro ultrapassamento de si, faz crítica a um desprendimento da organização que nos compõe para dar ao corpo a condição de tornar-se passagem, deixando-se afetar por aquilo que ainda não pode ser nomeado e que se encontra por vir. Dar ao corpo condição de se tornar outro através de uma existência inserida no tempo que dura e que aciona potencialidades, criando composições emergentes, novos dispositivos de afecção e territórios existenciais também é uma ação da Terapia Ocupacional. (SIEGMANN,2011)

A clínica da terapia ocupacional pode constituir-se como um espaço de experimentação onde é possível desmaterializar e desfigurar o feito para criar novas formas. Um lugar que o terapeuta ocupacional busca, pelos afetos, criar meios para ampliar os potenciais constitutivos do próprio sujeito ou das qualidades intrínsecas do material que será trabalhado (tintas, brinquedos, sentimentos...) com modo a revelar o

que há de singular em cada termo do domínio ou da problemática emergente que se constitui como uma possibilidade de reencontro com o sentido (SIEGMANN, 2011).

As atividades desenvolvidas no serviço, após o reconhecimento das experiências de vida e considerando o contexto sociocultural de cada um, possuíam como objetivo oferecer recursos e alternativas para que se ampliassem os laços familiares e sociais, suas possibilidades de circulação no território e seus modos de estar na vida; ampliar suas formas de se expressar e se comunicar, oferecendo a inserção em contextos diversos; compartilhamento de regras sociais e inventando novas, estimulando a autonomia e a independência no cotidiano, entre outros.

As intervenções que valorizamos no CAPSI com as crianças foram o brincar. Ele auxiliava a constituir capacidades de interação com os outros e a negociar a capacidade de produção de autonomia.

A experiência que tive como estagiária permitiu-me aprender que o cuidado tem mais sucesso quando a criança ou adolescente são parte integrante do tratamento.

Para nós, o cuidado em saúde mental deve ter como estratégias e objetivos a promoção da atenção integral envolvendo ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais.

Os projetos terapêuticos devem ser pensados a partir de um “portfólio de informações sobre o paciente”, relacionando sua história de vida com o envolvimento com as questões e relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia e as características sobre as demandas que o paciente apresenta.

Percebi que como aprendiz de terapeuta ocupacional pude experimentar criar um ambiente descontraído, acolhedor, flexível, aberto e provedor de trocas dentro e entre os serviços da Rede.

Com os adolescentes, presenciei atividades com músicas, jogos de tabuleiro e dinâmicas relacionadas aos desejos para os futuros. Os objetivos gerais giravam em torno da garantia dos direitos, para que esses jovens conhecessem e pudessem lutar por uma vida mais justa e digna, em que eles estivessem mais presentes na sociedade como sujeitos ativos na vida. Pessoas com desejos e sonhos, capazes de alcançá-los.

A terapia ocupacional na saúde mental infantil estimula a autonomia e independência, proporciona um ambiente sensorial favorável ao aprendizado através

da experimentação de diversas sensações, com atividades ao ar livre, explorando diferentes terrenos, ambientes e texturas.

Vivendo a prática da Terapia Ocupacional no estágio em saúde mental infanto juvenil aprendi a perceber e valorizar a potência do outro, a olhar e enxergar seus talentos, seus desejos e compreender os diferentes modos que o outro se coloca na vida.

A Terapia Ocupacional deve usar esses diversos talentos como recursos terapêuticos, mostrando ao outro as possibilidades existentes a partir do que se apresentam nesses fazeres.

Lembro-me de um grupo de adolescentes que sempre traziam a música como tema de conversa e debate. Todos tinham algum talento musical e certo envolvimento com a música. Uns tocavam instrumentos, outros cantavam e queriam aprender, enfim. A partir dessa demanda, criamos neste grupo um espaço onde a troca pudesse acontecer entre eles e entre nós, os técnicos e “aprendizes de terapeutas”. O grupo passou a funcionar como uma oficina de música, onde todos nós tocávamos, cantávamos e aprendíamos juntos a experimentar a música como forma de minimizar os sofrimentos e potencializar os desejos. O grupo parava o CAPSI, chamando atenção de todos que estavam presente em seus atendimentos naquele momento. Esse processo terapêutico realizado resultou em uma apresentação na festa de Natal do serviço, uma ideia gerada pelos próprios meninos, que antes, demonstravam-se bastante tímidos e normalmente não apareciam nas festas que aconteciam. O que mais me afetou na convivência com este grupo foi poder sair do lugar de estagiária em Terapia Ocupacional, que já chega levando saberes e atividades prontas, para me colocar em um lugar de integrante do grupo. Minha fala: "Não sei", "Me ensina?", "Vamos aprender juntos?" ajudou a criamos uma troca verdadeira e ali experimentar um novo sentimento que não dava mais lugar aos sofrimentos e angustias. Construímos um espaço de aprendizados, de reconhecimento dos talentos, de alegrias, emoções, afetos e diversão.

É de extrema importância à ampliação e o reforço dos laços sociais desses meninos e meninas junto com as instituições escolares, culturais e serviços comunitários para que essas crianças possam ser incluídos e que possam se identificar com diferentes formas de participação social no mundo. Por isso, afirmamos a importância de uma rede de atenção psicossocial, firmada por um trabalho intersetorial

com corresponsabilização de todos. Ações voltadas para crianças e jovens autistas e psicóticos convoca mais do que outros a intersectorialidade. É de fundamental importância a criação de parcerias com outras políticas públicas como ação social, educação, cultura, esportes, direitos humanos e justiça, setores da sociedade civil e entidades filantrópicas que prestam relevante atendimento nessa área. Aprendi, que é preciso se disponibilizar a ouvir as crianças e os jovens mesmo se a voz vier em forma de gestos.

Finalizo esta última parte do Trabalho com a certeza de que o que aproxima o terapeuta dos usuários dessa clínica em saúde mental são os afetos, são as sensibilidades para seguir os fluxos que nos orientam a construir um cuidado mais ético. Como no filme de Pach Admns, acredito que a alegria dos encontros é produtor de saúde, que a alegria cura a alma e os sofrimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este Trabalho posso concluir que através das pesquisas, da experiência e da escrita, que o estágio é uma experiência que possibilita uma convivência mais encarnada da teoria à prática. É no ambiente de trabalho que aprendemos a trabalhar em equipe, a operar com os princípios e diretrizes do SUS, enfim, é onde o acadêmico tem contato direto com a prática da profissão escolhida. É o momento em que as situações reais desconstruem a expectativa de solucionarmos problemas tão complexos de forma tão simplistas, momento de experimentar o “não saber” para poder aprender com o usuário.

Cuidar do outro não é uma tarefa fácil e o conhecimento só produzido na medida em que nós nos colocamos na prática e no encontro com o outro. A técnica não pode antecipar o encontro com o sujeito, pois é a partir desses encontros que acionamos nosso repertório dos “saberes”.

Com a criação da rede de serviços substitutivos, o terapeuta ocupacional passou a ter uma prática voltada para cuidar de pessoas com transtornos graves e persistentes, como são as crianças e adolescentes do CAPSI, em espaços fora da internação psiquiátrica e inserido em serviços comunitários, territoriais. Pois nesses espaços é possível acompanhar as redes de relação estabelecidas pelos usuários, seus familiares e acionarmos uma rede ampliada de suporte, considerando não só a família como também os vínculos de amizade que cada território desenha com seus habitantes.

Na direção de pensar o trabalho da Terapia Ocupacional como clínica dos afetos pudemos intuir que a prática produzida a partir dos encontros, guiadas pelos afetos, produz subjetividades que poderão ser transmutadas ou aprisionadas, conforme os bons e maus encontros.

Longe de querer esgotar a discussão levantada sobre a clínica dos afetos na Terapia Ocupacional, este Trabalho chega sua versão final apontando para as possibilidades de se investir no tema dos afetos na clínica da Terapia Ocupacional. Configura-se, portanto como uma introdução do tema que pode futuramente dar maiores frutos sobre novas perspectivas de se pensar o cuidado em saúde mental na infância e na adolescência, principalmente para pesquisas que enfocam as formas de

atendimento com essa clientela, as práticas estabelecidas pelas equipes multiprofissionais nesse campo e os modos de operar os serviços de atenção psicossociais para a clientela infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 76 p. – Série B. Textos Básicos em Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II**. Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para atenção às pessoas com Transtornos do Espectro Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília - DF, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- COUTO, M. C. MARTINEZ, R. **Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a Agenda da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro, NUPPSAM/IPUB/UFRJ, 2007.
- DELEUZE, G. **Spinoza: Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.
- DOHMANN, F. SORANZ, D. JUNIOR, J. C. **Carteira de Serviços: Centros de Atenção Psicossocial - Guia de Referência Rápida**. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação de Saúde Mental.
- LOBOSQUE, A. M. **Caderno de saúde mental: Encontro Nacional de Saúde Mental**. Belo Horizonte: ESP – MG. 2007. v 1.
- MELLO, G. GROSSI, G. COELHO, S. **Epifisiólise Proximal do fêmur e hipotireoidismo subclínico: Relato de Caso**. Revista Brasileira de Ortopedia, 2012.
- MERHY, E. **O Trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- PASSOS, E. KASTRUP, V. ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- RIBEIRO, M. OLIVEIRA, L. **Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. V.9, n.17, p.425-31, mar/ago 2005.
- SIEGMANN, C. **Pensar e Inventar-se: Terapia Ocupacional como clinica dos Afetos**. LUGAR: Editora CRV, 2011
- SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- VAZ, Lizete. **Do Cabaret Voltaire ao “Cabaret Pinel”: Clínica e Resistência em um serviço de saúde mental**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Gerais, Departamento de Psicologia da UFF, 2004.