

AFETOS, SABORES E TRILHAS: A OFICINA DE CULINÁRIA COMO OPERADOR CLÍNICO DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO*

Affections, flavors and trails: a culinary workshop as a promoter resource of the deinstitutionalization

Afectos, sabores y senderos: un taller de cocina como operador clínico de desinstitucionalización

Viviani Cristina Costa

Terapeuta ocupacional, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil
vivitchus@hotmail.com

Naila Pereira Souza

Terapeuta ocupacional, docente do Instituto Federal do Rio de Janeiro, IFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil
naila.souza@ifrj.edu.br

Deyse Modesto Pinheiro

Terapeuta ocupacional, Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo-RS, Brasil
daysinha@hotmail.com

Lisete Ribeiro Vaz

Terapeuta ocupacional, docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil
lisete.vaz1@yahoo.com.br

Renata Caruso Mecca

Terapeuta ocupacional, docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil
meccadasartes@yahoo.com.br

Solanne Gonçalves Alves

Terapeuta ocupacional, FCM/UNICAMP, Campinas-SP, Brasil
solannealves@yahoo.com.br

Resumo

Este artigo discorre sobre a utilização de uma oficina de culinária como recurso operador da desinstitucionalização. Trata-se de um relato de experiência da intervenção proposta por terapeutas ocupacionais com pessoas internadas por longo período em enfermarias de um hospital psiquiátrico universitário, no município do Rio de Janeiro. Discutem-se fragmentos da trajetória de quatro participantes que exemplificaram, através de seus percursos na oficina de culinária, questões relacionadas ao processo de desinstitucionalização, criação de redes, contratualização e fomento da autonomia. Percebeu-se que as atividades realizadas foram potencializadoras dessas questões ao permitirem transcender a rotina instituída e massificadora da internação e possibilitar novas e diferentes formas de estar na vida e de estabelecer conexões diversas. A intervenção terapêutica ocupacional permitiu a análise e a adaptação das atividades, o manejo das relações que se estabeleceram a partir delas, tendo em vista o compromisso com os processos de inclusão, participação social, bem como demais ocupações.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Saúde Mental; Desinstitucionalização.

300

Abstract

This article discusses the use of a cooking workshop as a promoter resource of the deinstitutionalization. It is an experience report about an intervention offered by occupational therapists to assist people hospitalized for long periods in University psychiatric hospital, in the city of Rio de Janeiro. We discuss the fragments of trajectory of four workshop participants who exemplified issues related to the process of deinstitutionalization, networking, contractualization and increased autonomy. It was noticed that the activities offered potentiated these issues by allowing transcend the hospital routine and enabled new and different ways of being in life and establish several connections. The occupational therapy intervention allowed the analysis and adaptation of the activities, the management of relationships established from them, in view of the commitment to the promotion of social inclusion, participation, as well as other occupations.

Keywords: Occupational Therapy; Mental Health; Desinstitutionalization.

Resumen

Este artículo presenta la utilización de un taller de culinaria como recurso operador de la desinstitucionalización. Se trata de un relato de experiencia de la intervención propuesta por terapeutas ocupacionales con personas internadas por un largo periodo en enfermerías de un hospital universitario de psiquiatria de Río de Janeiro. Se discute fragmentos de la trayectoria de cuatro participantes que ejemplificaron, a través de sus rutas en el taller de culinaria, cuestiones relacionadas al proceso de desinstitucionalización, creación de redes, contratación y fomento de la autonomía. Se percibió que las actividades realizadas potencializaron esas cuestiones al permitieren transcender la rutina instituida y masificadora de la internación. La intervención terapéutica ocupacional permitió el análisis y la adaptación de las actividades, la administración de las relaciones que se establecen a partir de ellas, llevando en consideración el compromiso con los procesos de inclusión, participación social, así como otras ocupaciones.

Palabras-clave: Terapia Ocupacional; Salud Mental; Desinstitucionalización

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho objetiva discutir sobre a oficina de culinária, enquanto um operador de desinstitucionalização para as pessoas com longos períodos de internação. Esta intervenção foi elaborada e desenvolvida por terapeutas ocupacionais residentes e preceptoras do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ.

O IPUB/UFRJ possui 115 leitos psiquiátricos, sendo 69 femininos e 48 masculinos. Em ambas as enfermarias, os usuários são acomodados em quartos compostos, em média, por 4 a 5 leitos e há um posto de enfermagem com 2 a 4 leitos de observação clínica. Na época da intervenção, havia 17 pessoas com longo período de internação, considerado aqui superior a um ano.

As enfermarias contam com equipes clínicas compostas por enfermeiros, técnicos de enfermagem, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais; residentes médicos em psiquiatria e residentes multiprofissionais psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais; especializandos e estagiários.

O IPUB/UFRJ é uma das referências na atenção à crise para pessoas com transtorno mental grave no estado do Rio de Janeiro. Em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS) para a redução de leitos hospitalares em instituições psiquiátricas, o município do Rio de Janeiro tem diminuído tais leitos e aumentado a cobertura de serviços de base comunitária; apesar de ainda serem de baixa cobertura populacional.

Os objetivos da oficina em questão eram de proporcionar aos sujeitos:

- agenciamentos de encontros e relações sociais dentro e fora do contexto hospitalar;
- aproximação com os recursos da cidade e reaproximação com a rotina anterior à internação, através do resgate de elementos da história e cultura dos sujeitos, visando auxiliar o processo de reinserção desses para o retorno à comunidade;
- (re) estabelecer o desempenho ocupacional satisfatório, relacionado à autonomia e independência no engajamento/participação nas atividades significativas do cotidiano.

A oficina de culinária compunha as atividades do *Projeto Enfermarias*, cujas intervenções eram realizadas na perspectiva de estabelecimento de vínculos, construção e efetivação de espaços coletivos e diferenciados aos sujeitos internados; na liberdade de circulação em tais espaços, considerando a singularidade dos envolvidos², de acordo com a ideia de preservação da possibilidade de acesso a uma heterogeneidade de lugares³; visando, assim, a transformação das enfermarias em ambientes mais clínicos e menos inóspitos. Integrava o projeto: grupos, assembleia dos usuários, outras oficinas, atividades festivas e de lazer assistido.

Na história da psiquiatria, as atividades com fins terapêuticos foram introduzidas na instituição psiquiátrica com o objetivo de disciplinar, reabilitar e adequar o doente mental à ordem vigente dos manicômios⁴. A partir dos movimentos de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica, os terapeutas ocupacionais passaram a questionar concepções de uso das atividades comprometidas com a manutenção ideológica das instituições e distantes das necessidades dos sujeitos atendidos. A noção de atividade em Terapia Ocupacional é ressignificada, inscrevendo-se nas relações entre as pessoas e os contextos, na produção de possibilidades materiais, subjetivas, sociais e culturais, que viabilizem a convivência com as diferenças⁵. Desta forma, as oficinas constituíram-se em novas práticas alinhadas à transformação concreta da vida dos usuários para garantir cidadania plena.

As oficinas apresentam-se como dispositivos para convivência, criação e reinvenção do cotidiano nas instituições de longa permanência, tendo em vista a necessidade de reconstituição do direito de criar, opinar, escolher e relacionar-se. A possibilidade desses sujeitos de se expressar, de explorar as relações e de circular como cidadãos sustentam a inserção social. Neste sentido, as oficinas terapêuticas apresentam função psicossocial aliada à clínica⁴, com possibilidade de utilização de diversos recursos (atividades).

A oficina terapêutica apresenta-se como potente mediador das relações entre os envolvidos, viabilizando a construção de mecanismos de interação, inclusive em outros espaços, onde o participante pode ser visto por múltiplos e distintos olhares e compreendido na sua complexidade, a partir de manifestações subjetivas que dão passagem ao discurso não verbal e materializam: aquilo que ainda não integra o mapa de sentido de que dispomos. Desta maneira, é um dispositivo que tem o potencial de fomentar trocas e aumentar o poder contratual dos usuários. O exercício das relações interpessoais, mediado pelas atividades no contexto da oficina, permite que o participante aumente sua capacidade de expressão e

fortalecimento de rede de suporte, comumente desgastadas nas manifestações patológicas e no processo de institucionalização⁶.

Com a proposta de clínica ampliada^{7,8}, defendida também pela Reabilitação Psicossocial, o arcabouço teórico-prático da Terapia Ocupacional sofre um redimensionamento, a partir de uma perspectiva indissociável entre o comportamento do sujeito e o contexto. O social é inscrito como determinante do processo de construção dos sujeitos e dos processos de saúde-doença, apontando para a necessidade de se pensar a loucura e formas de tratamento a partir de ambas as dimensões que a constituem: individual e coletiva. Considerando a lógica da integralidade do cuidado, o terapeuta ocupacional pode ser o profissional mediador da (re) invenção da interação do usuário com o seu cotidiano multifacetado, contribuindo no processo de transformação da lógica do cuidado⁹.

É sabido que a internação altera radicalmente os hábitos e a vida do usuário, sendo suas necessidades controladas pela organização burocrática institucional que suprime o que é da ordem do singular. As oficinas, nesse espaço, possibilitam a expressão criativa individual na coletividade da instituição psiquiátrica⁴. Estas experiências que partem do coletivo e favorecem a expressão da singularidade, oxigenam o ambiente com novas sociabilidades e abrem espaços para invenções mais criativas da vida cotidiana¹⁰. Contudo, deve-se considerar que, na experiência aqui relatada, tal dispositivo está inscrito em espaços com características asilares, estando a liberdade relativa e circunscrita.

De meados do século XIX à década de 1980, os serviços especializados de hospitalização psiquiátrica de longa permanência predominaram no país. As Reformas Sanitária e Psiquiátrica, também influenciadas pelo processo de redemocratização vividos no país, redefiniram um novo modo de pensar os processos de saúde ao propor transformações estruturais e ideológicas na lógica vigente, apesar de não pretenderem ignorar o saber médico-centrado².

Nesse contexto, a desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial orientam a implantação de políticas públicas e atuação profissional. Entende-se por desinstitucionalização¹¹:

(...) tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida. Isto significa (...) construir possibilidades (...) concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos

direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico (p. 494).

A Reabilitação Psicossocial, por sua vez, deve ser um processo de (re) construção e de exercício pleno da cidadania, desenvolvido a partir dos eixos casa, trabalho e redes sociais¹². Portanto, tem como intuito restituir ao sujeito com transtorno mental seu poder contratual, tendo em vista sua emancipação e, conseqüente ampliação de autonomia.

A legislação brasileira de Saúde Mental, no artigo 5º da Lei 10.216/01, propõe a Reabilitação Psicossocial como o esforço em regulamentar a atenção à pessoa com transtorno mental, visando um cuidado humanizado, com direitos e garantias a um melhor tratamento. Preconiza uma política específica à clientela internada por longos anos e redireciona o modelo assistencial, substituindo gradativamente o tratamento em regime fechado para serviços abertos¹³.

2 OFICINA DE CULINÁRIA: SUA CONSTRUÇÃO

304

A escolha pela clientela com longo período de internação nas enfermarias foi motivada por se configurar como a população mais atingida pela rotina hospitalar, limitadora da expressão da individualidade. Essa população encontrava-se privada ou com menor oportunidade de realizar suas atividades cotidianas de maneira singular. Muitos transtornos mentais são marcados pela tendência ao isolamento, dificuldade no estabelecimento de vínculos sociais e afetivos e pragmatismo diminuído¹⁴, o que é intensificado pela rotina da internação.

A proposta foi motivada, também, pela frequência com que a temática “alimentação” foi abordada pelos participantes em espaços coletivos, como a assembleia e em intervenções individuais. Desta forma, discorre-se sobre a importância da porosidade do cotidiano para o acolhimento da expressão, sentimento de pertencimento ao grupo e articulação com outras atividades que estruturam o cotidiano e habitam espaços institucionais¹⁵.

Assim, elaborou-se o projeto da oficina de culinária apresentado à direção da instituição. Conversou-se com os integrantes das equipes clínicas que acompanhavam os sujeitos convidados a ingressar no grupo.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão na oficina, sujeitos com tempo de internação igual ou superior a um ano ininterrupto e, dentre esses, aqueles que tivessem o desejo de participar. Frequentaram a oficina 16 pacientes, sendo nove do sexo masculino e sete do sexo feminino, com faixa etária entre 31 e 57 anos de idade, e com período entre 01 a 11 anos de hospitalização. A data de início e a frequência entre os participantes foram diferenciadas.

A oficina de culinária ocorreu de agosto a dezembro de 2012, duas vezes por semana. Às quartas-feiras, o encontro acontecia numa cozinha da instituição, onde se preparava a receita e discutia-se a da semana seguinte. Aos sábados, ia-se às compras num supermercado do bairro, em menor grupo, que se revezava dentre os interessados. O IPUB disponibilizara uma quantia fixa semanal em dinheiro, que garantia a circulação dos participantes no território.

Para este relato, optou-se pela descrição e análise da trajetória de quatro participantes que explicitaram, através de seu percurso na oficina, questões mais relevantes, que serão discutidas a seguir, considerando o objetivo inicial da oficina. Este relato foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº CAAE 32868814.0.0000.5263 do comitê de ética do IPUB/UFRJ.

3 CENAS

3.1 Trocando recursos e afetos: alguns passos para a desinstitucionalização

Alecrim, 48 anos, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide, encontrava-se internado há oito anos. Vivia maior parte do tempo isolado no leito. Considerado desorientado temporalmente e com afeto embotado, passou aos poucos a estar em espaços grupais. Em grupos em que a fala mostrava-se como principal instrumento mediador, mantinha-se, em geral, quieto, respondendo com poucas palavras o que lhe era perguntado.

Ao ser convidado para participar da oficina por uma das coordenadoras do grupo com a qual tinha maior vínculo, ele aceitou e demonstrou engajamento na atividade ao longo de

todo o processo.

Durante os encontros, passava a maior parte do tempo calado, mas tirava suas dúvidas com as terapeutas e interagia com os demais participantes, principalmente por meio do compartilhamento dos materiais. Mostrava-se bastante ativo, prontificando-se a realizar diferentes etapas de preparação das receitas e da limpeza dos utensílios e do espaço. Contou que cozinhava para si após separação da esposa, sendo essa uma atividade de seu interesse. Por vezes, auxiliava alguns pacientes com menor autonomia no deslocamento até a cozinha.

Estava sempre interessado na ida ao supermercado. No percurso, por vezes, contava para a terapeuta fragmentos de sua história. Auxiliava na compra dos ingredientes e, diante de suas necessidades, fazia compras para si. Manejava com autonomia seu dinheiro. Buscava informações com funcionários do estabelecimento. Comprou, algumas vezes, refrigerante para compartilhar com o grupo.

A vida cotidiana do sujeito revela-se no encontro da realidade exterior e psíquica, na rede de suas relações sociais, nas atividades costumeiras e nas manifestações de solidariedade. A cotidianidade ocorre no encontro do singular e do coletivo ao buscar a satisfação de necessidades; conforme valores, crenças e afetos¹⁶.

Após anos de internação, era evidente, através de sua fala, a desatualização quanto ao custo dos produtos. A ida ao supermercado, o manejo do dinheiro e a aquisição de objetos permitiram a reatualização quanto ao custo dos produtos, bem como trocas sociais, materiais e de afeto. A esse respeito, entende-se que é no interior de uma dinâmica de trocas que se cria um efeito habilitador, sendo importantes as estratégias que buscam fomentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos¹².

A participação de Alecrim nos diferentes grupos traduziu para ele outra orientação temporal possível, na medida em que seus dias foram ressignificados, distinguidos por fazeres diferenciados. Um dia, ao perceber que a terapeuta e outro paciente organizavam-se para ir ao supermercado, questionou “Vocês estão indo pra onde? A ida ao supermercado é sábado”, visto ainda ser uma sexta-feira.

Mudanças ocorreram no cotidiano de Alecrim. Nesse sentido, é oportuno expor uma das diretrizes para um trabalho de desinstitucionalização, sendo essa a problematização do uso de dispositivos que incentivem o sujeito a desempenhar suas atividades cotidianas além da rotina institucional, de modo a operar mudanças concretas no protagonismo, em várias esferas, em direção à inserção social.

Nesse sentido, a oficina se diferenciava de outros espaços da instituição. Exemplos: a escolha do prato, o ato de servir-se, o uso de talheres como a faca, que eram atividades incentivadas na oficina e não ocorriam durante as refeições realizadas no refeitório. Além disso, a equipe que acompanhava Alecrim construía um projeto terapêutico singular que incluía tal perspectiva, acompanhando-o em espaços da cidade, no qual ele exercia seu direito de escolha e autonomia. Implicar as pessoas institucionalizadas no tempo e nos acontecimentos que as afetam direta e indiretamente é apresentada, também, como diretriz de trabalho¹⁷.

Em momento anterior ao início da oficina de culinária, diante do interesse do participante em comer churrasco, foi acompanhado a um restaurante do tipo *self-service*. Contou frequentar esse tipo de lugar antes da internação. Contudo, solicitou que seu prato fosse por outro montado, reflexo de hábito institucional. Na segunda ida a esse restaurante, após início da oficina, onde os pacientes eram estimulados a servirem-se, montou seu prato sem solicitar auxílio. Percebem-se os efeitos do longo período de internação e da tutela institucional. A esse respeito, também é apontada como diretriz de trabalho de desinstitucionalização, a avaliação das limitações produzidas pela iatrogenia do tratamento no modelo asilar sobrepostas às limitações próprias da doença.

Alecrim tornou-se, aos poucos, mais falante com os coordenadores dos grupos, e apesar de sua fala em direção a outros participantes ser ainda restrita, passou a interagir bem com eles. Não se percebeu tão intensamente, quanto antes, olhar e postura desconfiada em relação aos demais, apresentando melhora importante na interação social.

Ao longo do tempo, os espaços diferenciados oferecidos a Alecrim foram entendidos não só como espaços físicos heterogêneos, mas também espaços de tonalidade afetiva e vivencial diferentes, que estimulam a expressão de ideias e pensamentos, bem como de preferências e singularidade. Era nítido o cuidado e a satisfação do participante, por exemplo, ao escolher a roupa que usava em cada saída.

A Terapia Ocupacional, a partir de uma visão ampliada, comprometida com a construção de direitos fundamentais das pessoas atendidas, traz para seu campo teórico e para suas ações o compromisso com as necessidades objetivas e subjetivas dos envolvidos¹⁸. Nesse contexto, a intervenção para a melhoria do desempenho funcional é meio facilitador de processos reais da participação social¹⁹, afetados por aspectos éticos, morais e cívicos, concernentes à justiça ocupacional²⁰.

Alecrim reestabeleceu contato com os filhos, pôde elaborar planos, mais realistas, para

o futuro e escolheu o território para o qual pretende retornar, o que tem servido de orientação para a construção de uma rede de suporte extra-hospitalar. Portanto, a oficina proporcionou vivências que forneceram elementos concretos do cotidiano anterior à internação, disparadores do processo de alta hospitalar.

3.2 Estabelecendo contratos e reinventando maneiras de habitar

Tomilho, 44 anos, com diagnóstico de esquizofrenia hebefrênica, estava internado há cinco anos. Era conhecido na enfermaria pelas dificuldades no trato com o outro, na higiene pessoal e por solicitar ligações para seus familiares a todos os técnicos, com intuito de receber visitas e/ou conseguir licença hospitalar. Por vezes, não suportava sustentar um posicionamento contrário ao seu, irritando-se ou saindo do local. Tomilho não participava de nenhuma atividade coletiva do Instituto.

Inicialmente, o interesse pelo comer favoreceu sua entrada na oficina. Já nos primeiros encontros, ao propor por diversas vezes peixe e camarão como pratos da oficina, pôde retomar a lembrança de seu lar e do bairro onde morava. Era percebido pelas terapeutas que o ambiente e os alimentos eram capazes de propiciar o resgate de vivências do seu passado.

A cozinha foi para Tomilho um lugar de experimentações e de estabelecimento de inúmeras contratualizações. Ele apresentava dificuldade em lavar as mãos, cortar um alimento, utilizar o fogão, lavar as louças e estabelecer a quantidade necessária de ingredientes utilizados.

Ressalta-se a importância do contrato terapêutico estabelecido com os participantes, uma vez que esse era utilizado como referência para as pactuações necessárias com Tomilho. Além disso, outras estratégias também foram utilizadas, como por exemplo, a análise terapêutica ocupacional das atividades propostas e dos recursos necessários para que ele conseguisse realizar de maneira mais autônoma possível.

A Reabilitação Psicossocial é um processo que implica a abertura de espaços de negociações para o usuário, sua família, a comunidade que vive e os serviços que utiliza. Considerando-se, além disto, que a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada para todas as decisões, uma vez que os atores (e os poderes) são muitos e multiplicantes¹².

No caso de Tomilho, os espaços de negociações foram, inicialmente, o hospital e os momentos de lazer assistido que ocorriam através de saídas acompanhadas por profissionais que eram sua referência e também de atividades desenvolvidas no *Projeto Enfermarias*, buscando a ampliação desses espaços.

Percebeu-se mudança, também, no tempo de permanência dele em cada encontro. Com o correr dos meses, ele foi se apropriando daquele espaço, permanecendo quase o tempo integral na oficina e saindo pontualmente para fumar na varanda, observando da janela o que ocorria. Além disso, convidava outros usuários que não faziam parte da atividade para o momento final, perguntando para os membros do grupo se concordavam. Passou, também, a abordar as terapeutas ao longo da semana para falar sobre a oficina, demonstrando preocupação se essa iria ocorrer.

Percebe-se que a oficina pode produzir efeitos terapêuticos nos sujeitos, principalmente por suas características continentais das experiências individuais e grupais, de modo a estabelecer para cada um e para o grupo, pontos diferentes de referência²¹. Nesse sentido, o manejo do terapeuta diante das diversas situações que possam ocorrer durante a intervenção terapêutica proposta é ferramenta essencial no processo de cuidado. Tais questões transitam entre aspectos individuais e coletivos e são material de trabalho subjetivo e relacional, entre participantes e profissionais.

A oficina foi também utilizada para Tomilho como recurso facilitador do seu processo de reinserção na comunidade, na medida em que pôde operar enquanto grupo permeado pelas normas de funcionamento social, no qual as decisões eram comuns a todos e acordadas no coletivo.

O habitar se constitui em um dos eixos fundamentais da reabilitação psicossocial. Onde quer que o sujeito se encontre, haverá um trabalho de habitar a ser feito junto¹². Esse processo é feito de atos cotidianos e a reapropriação do espaço da cozinha é um deles.

A sua equipe de referência realizava um trabalho de resgate dos laços familiares, em especial acompanhando-o em visitas ao abrigo para idosos, no qual a mãe estava morando e nas tentativas de contratualizar com os irmãos visitas e licenças hospitalares. Diante da resistência familiar de retorno ao lar, a equipe discutia a indicação para o Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Após o término da oficina, Tomilho ainda não tinha perspectiva de saída do IPUB.

3.3 Inclusão “do outro” para construção do coletivo

Sálvia, 57 anos, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide, encontrava-se internada há um ano. Era comum encontrá-la deitada no leito. Participava de poucos espaços coletivos da instituição. Seu discurso era comumente tomado por ideias negativas e depreciadoras, mas apesar disso aceitou participar da oficina.

Durante o percurso, observou-se comportamento marcado pela dificuldade em lidar com decisões coletivas, apresentando muitas queixas quando o grupo não acolhia suas sugestões. Outra marca de Sálvia era a preocupação com a receita, temendo “não dar certo”.

Sentava-se em uma cadeira um pouco mais afastada dos demais, porém mostrava-se atenta aos movimentos desses. Era comum manifestar-se insatisfeita com o trabalho do outro. Buscava concentrar para si a tarefa, queixando-se do tempo, quantidade de alimentos ou mesmo do modo de preparo. Ao ser abordada pelas terapeutas, levando-a a refletir sobre o compartilhamento do espaço e tarefas, ela interrompia a atividade que executava, sentava-se e questionava o porquê pediram sua opinião, alegando não ser aceita.

Apesar das queixas, era evidente seu desejo de estar no grupo. Mostrava-se engajada nas atividades e raramente se ausentava. Com o fortalecimento dos vínculos, passou a demonstrar maior tolerância para as decisões coletivas, como quando levou sua sugestão de receita, por três semanas seguidas até ser escolhida pelo grupo. Ou mesmo quando, em outro espaço, comenta com a terapeuta que iria sugerir aos participantes o acréscimo de determinado ingrediente e questiona se gostariam, demonstrando maior atenção ao desejo dos outros. Percebeu-se que o cotidiano da oficina estimulou nela mudanças, novas possibilidades no modo de ser, que implica sociabilidades e articulações intersubjetivas.

Sálvia era uma das mais engajadas na ida ao supermercado. Nesse e nos estabelecimentos que se encontravam no percurso, realizava, também, compras pessoais. Nesse sentido, entende-se que a oportunidade de expor seu trabalho e poder tê-lo reconhecido e valorizado pelo grupo possibilita a cada sujeito vivenciar sua relação com o outro a partir de um novo lugar, não o de assujeitamento, mas o de quem possui potencial para produzir algo que encontre valor numa coletividade²². Ela mostrava grande preocupação com o gerenciamento financeiro da oficina ao ressaltar “vai sobrar dinheiro para o táxi?”. Observou-

se que tais fatores possibilitaram a retomada de um papel social que Sálvia exercia antes da internação, já que era ela quem administrava seus bens.

A desinstitucionalização é um processo de constante reflexão e construção de saberes sobre a loucura e seu lugar social. É no encontro cotidiano com a loucura que se torna possível reinventar a cada vez, repensar saberes, práticas e relações²³. O autor completa que, a partir dessa disponibilidade criativa para o encontro, pode-se vislumbrar a (re) construção de um caminho, trajetória ou história, pois é na vida social e para ela que se possibilita o “tratar” a loucura, já que essa é concebida enquanto tal pela sua construção sócio-histórica.

Por fim, a oficina possibilitou a ampliação de suas redes de afeto, uma vez que Sálvia passou a ter mais opções de vinculação, favorecendo, inclusive, a exploração de lugares para além da cozinha. Alguns meses após o término dessa intervenção, a equipe de referência dela pôde concretizar sua saída para um SRT.

3.4 Para dentro do grupo e do grupo para fora: fomentando a autonomia

311

Anis, 51 anos, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide, estava internada há dois anos. Estava sempre descalça e chorando, com discurso desorganizado, o que dificultava ser compreendida pelas pessoas com quem convivia. Era comum vê-la sozinha circulando pelo hospital. Antes da oficina de culinária, apenas frequentara um grupo de artes, pois dizia ser o único lugar em que podia relembrar suas aulas de arquitetura, que interrompeu no 4º período.

Anis sempre conversava sobre alimentação com a residente que a acompanhava, que também era uma das coordenadoras da oficina. Descrevia pratos que fazia para sua família e relembrava como gostava das reuniões familiares quando estava em casa. Aceitou prontamente ao convite.

Durante participação, engajava-se em diferentes tarefas; apesar das dificuldades, criava arranjos para realizar o proposto. Mostrava-se disposta, também, a auxiliar os participantes, demonstrando iniciativa. A participação nas atividades da oficina refletiram mudanças no cotidiano de Anis, passou a apresentar discurso condizente, menos chorosa e maior circulação em outros espaços na instituição e no território.

As atividades auxiliam no trabalho de organização e cuidado do cotidiano, apresenta a função de estruturação do mesmo, favorece uma instrumentalização técnica dos sujeitos,

capacitando para a vida. Configuram-se como redes de sustentação para a construção da autonomia²⁴.

Também se realizou com Anis acompanhamento terapêutico por uma das coordenadoras da oficina de culinária, visando reinserção no circuito social, com ações no território. Diversas atividades foram inseridas em seu cotidiano: saídas ao shopping para compras, idas ao salão de beleza e atividades de lazer como praia, exposições de arte e teatro, e saídas ao banco e ao INSS. Ela passou a demonstrar maior interesse pelo autocuidado. Sempre que se via no espelho, dizia ter melhorado sua aparência.

As atividades cotidianas, em Terapia Ocupacional, se inseridas em um tempo e espaço terapêutico delimitados pelo usuário, saem da repetição. Com isto, é possível reordenar a rede de significações do sujeito e transpor estas mudanças às diversas esferas de sua existência. É o sujeito quem opera essa mudança de sentidos, em um processo mediado pelo fazer. Sabe-se que os espaços e instrumentos do dia-a-dia adquirem significados em Terapia Ocupacional, pois ganham movimento ao serem convertidos em desejos e vontades²⁵.

Anis demonstrava sentimento de pertencimento ao grupo e sentia-se à vontade para expressar suas opiniões. Em uma das oficinas, ao terminar a preparação de uma receita e eleger a da semana seguinte, disse em tom de brincadeira: “*Vocês são comilões compulsivos*” (sic). Em uma saída ao shopping, passou em uma banca de revistas e comprou uma de receitas. Disse ao vendedor que era para o grupo de culinária, “*para ver se eles se organizam melhor*” (sic).

Destaca-se que a autonomia se concebe na relação da ideia de dependência, sendo toda vida autônoma, uma trama de incríveis dependências e por isso não se pode conceber autonomia sem relação com o outro²⁶. Quanto menor for o isolamento do sujeito do seu meio ou quanto maior sua capacidade de conexão, maior será sua autonomia¹⁰. Percebeu-se de Anis que, ao estar em um coletivo e a ele sentir-se pertencente, sua autonomia ampliou-se.

Anis mudou-se para um SRT, onde retomou em alguns momentos experiências que vivenciou na oficina. Em uma visita, foi observada auxiliando na composição da mesa e dizendo para a cuidadora: “*Aprendi muitas coisas sobre a arte de cozinhar naquele hospital, minha senhora*” (sic).

O grupo como uma possibilidade de se questionar os processos de subjetivação e construção de laços de solidariedade, bem como alianças de cidadania, a intervenção grupal

torna-se um intermediário da relação indivíduo-sociedade, na tentativa de estabelecimento de uma passagem na compreensão dos fenômenos individuais aos sociais²⁷.

O dia-a-dia é um lugar de repetição das rotinas, mas é também o espaço privado de cada um, rico em ambivalências, tragicidades, sonhos e ilusões, onde há possibilidade de transformação²⁸. Assim, mesmo diante das rupturas cotidianas provocadas pelo adoecer, é possível nesta nova vida rotineira, buscar modificações e ajustamentos, o que se percebeu em Anis.

3.5 Processo de finalização da oficina de culinária: em busca de ramificações

Desde o início da oficina de culinária, as coordenadoras contavam com sua data de finalização, em virtude da troca de cenário de prática das proponentes. Um dos caminhos adotados para a continuidade do trabalho desenvolvido foi o constante compartilhamento das observações feitas com os profissionais das equipes, através do diálogo e registros em prontuários.

Diante do interesse dos participantes na continuação da atividade, eles foram incentivados a abordar essa demanda na assembleia. Ressaltou-se que a oficina havia sido construída levando-se em consideração os desejos manifestados e que sendo a assembleia um local em que direitos e demandas coletivas eram discutidos, o desejo pela sua continuidade deveria ser lá apresentado e debatido. Com isso, incentivou-se o protagonismo dos participantes, o exercício da cidadania e de contratualidade.

Durante o período de incerteza quanto à continuidade da oficina, as proponentes refletiram sobre a importância do engajamento dos profissionais da instituição no trabalho desenvolvido, de modo a garantir a continuidade das iniciativas, mesmo diante da rotatividade dos residentes. A oficina foi posteriormente assumida pelos novos residentes.

4 REFLEXÕES FINAIS

A cozinha é, culturalmente, um cômodo da casa propiciador de encontros, através da criação, instrução e/ou compartilhamento de processos do fazer, do degustar ou do cuidar. A

localização da cozinha, externa às enfermarias, possibilitou um movimento entre o dentro e o fora da rotina hospitalar, entre o presente e o passado dos envolvidos e uma ponte para iniciar a saída do hospital. Pôde-se perceber que as atividades realizadas na instituição e extramuros se constituíram em encontros entre pessoas que antes somente se viam.

Ao se propiciar transcender a rotina instituída e muitas vezes massificadora da internação, as ações descritas apresentaram-se como potencializadoras de novas e diferentes formas de estar na vida e de estabelecer conexões diversas. Essas como promotoras de desterritorializações às iatrogenias hospitalares, cujas histórias singulares agenciaram-se¹ a multiplicidade de devires.

Por exemplo, as experiências vividas no espaço-tempo da oficina de culinária possibilitaram o resgate das narrativas de vida, a retomada de alguns afazeres e de papéis sociais. Circular pela rua proporcionou a vivência de fazeres perdidos. Em cada saída era possível escolher uma roupa, esperar o sinal do trânsito, percorrer um caminho diferente do trajeto enfermaria/pátio, escolher um produto, pagar as compras, retornar ao passado e ao mesmo tempo apropriar-se do presente. Segundo Kujawski (apud ¹⁵, p. 384), o cotidiano inclui o indivíduo no plano da vida em comunidade e a sucessão de seus acontecimentos opera como uma gramática comunitária irrecusável, que é preenchida com a criatividade de cada um.

Os resultados desta intervenção demonstram que o quadro de cronificação e o empobrecimento de sujeitos com transtornos mentais graves não são, necessariamente, exclusivos do processo de adoecimento, ocorrendo também em função da ausência de contato com os contextos familiar e social e ainda pela conjuntura institucional mortificadora e violentadora de direitos.

A oficina mostrou para além dos resultados potentes, os entraves institucionais que favorecem o processo de cronificação. As equipes clínicas, inicialmente, tiveram dificuldade de compreender a oficina como dispositivo para extrapolar os muros do hospital e retomar o cotidiano anterior à internação, não como atividade apenas para mudar a rotina dos pacientes no hospital.

É sabido que o estigma dado à loucura, a dinâmica estabelecida pelo hospital e os anos de rompimento com o fora dificultam ou mesmo impossibilitam o sujeito de vivenciar atos cotidianos anteriores aos da internação. Diante disso, encontramos no referido grupo dificuldades em manusear e utilizar os objetos; em quantificar os alimentos; em expressar escolhas e desejos. Tais dificuldades, muitas vezes, eram percebidas como resultantes da privação da oportunidade de experimentação daqueles fazeres específicos, além de serem

resultados da negação do direito ao uso dos espaços. Também foram percebidas dificuldades em função de comprometimentos cognitivos e motores.

Nesse contexto, a especificidade do terapeuta ocupacional permitiu a análise e adaptação das atividades, bem como o manejo das relações que se estabeleceram a partir delas. Através da oficina foi possível lidar com o sujeito, um grupo e suas demandas, considerando a dinâmica das relações com os demais e com a atividade.

Esses fatores complexos, no contexto da desinstitucionalização, expressam a sutileza da clínica e demarcam um potencial de intervenção terapêutica ocupacional, cujas cenas apresentadas explicitam a possibilidade de se temperar histórias de vida, expressas na construção de novas experiências vinculares; de incentivo à formulação de desejos/demandas; de reorganização de tempos e espaços; de ressignificação de rede, territórios e existências²⁹.

Referências

1. Marconi, MA; Lakatos, EM. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7º ed. São Paulo. Editora Atlas; 2010.
2. Oliveira, LRG; Guljor, APF; Verztman, JS. **Inclusão da diferença e reinternação psiquiátrica: estudo através de um “caso traçador”**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. São Paulo. 2015; 18(3): 504-518.
3. Oury, J. **O coletivo**. São Paulo. Editora Hucitec; 2009.
4. Mendonça, TCP. **As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação**. Revista Psicol. cienc. prof. 2005; 25(4): 626-635.
5. Barros, DD; Ghirardi, MI; Lopes, RE.b **Terapia Ocupacional Social**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2002; 13(3): 95-103.
6. Farias, ID; Thofehrn, M; Kantorski, LP. **A oficina terapêutica como espaço relacional na atenção psicossocial**. RevUruguaya de Enfermería. Montevideo. 2016; 11(2): 01-13.
7. Campos, RTO; Campos, GWS. **Co-construção da autonomia: o sujeito em questão**. In: Campos, GWS. et al (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. p. 669-688.
8. Cunha, GT. **Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica**. [Tese]. Campinas: Universidade de Campinas; 2009.
9. Costa, LA; Almeida, SC; Assis, MG. **Reflexões epistêmicas sobre a Terapia Ocupacional no campo da Saúde Mental**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. São Carlos. 2015; 23 (2): 189-196.

10. Barbosa, ND. **Fendas na Cultura: a produção de tecnologias de participação sociocultural em Terapia Ocupacional.** [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
11. Amarante, P. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1995; 11(3):491-494.
12. Saraceno, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** 2º ed. Rio de Janeiro. Editora Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.
13. Brasil. MS. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** 5ºed. Brasília.2004.
14. Costa, CM; Figueiredo, AC. **Apresentação.** In: _____ Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro. Editora Contra Capa; 2004, p. 7-10.
15. Mecca, RC; Castro, ED. **Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental.** Revista Interface. 2008; 25(12): 377-86.
16. Galheigo, SM. **O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto históricosocial.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2003; 14(3): 104-109.
17. Albuquerque, P. **Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho.** Cadernos IPUB. Rio de Janeiro. 2006; (22): 93-110.
18. Moreira, AB. **Terapia Ocupacional: História Crítica e Abordagens Territoriais/Comunitárias.** Revista Vita et Sanitas. Trindade. 2008; 2(2): 79-91.
19. Oliver, FC; Almeida, MC. **Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências.** In: De Carlo, MMRP; Bartalotti, C. Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo. Editora Plexus; 2001, p.81-98.
20. Souza, ACAE; Dutra, FCMS; Elui, VMC. **Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2015; 26(3): 1-49.
21. Lappan-Botti, NC; Labate, RC. **Oficinas em Saúde Mental: A representação dos usuários do serviço de Saúde Mental.** Revista Texto contexto Enfermagem. 2004; 13(4): 519-526.
22. Freitas, DA. **CAPS e seus dispositivos: por uma clínica comprometida com o sujeito.** [Monografia]. 2010. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2010.
23. Aragão, TN. **Reforma psiquiátrica: a construção de um novo paradigma em saúde mental** [Monografia]. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2008.
24. Castro, ED; Lima, EMFA; Brunello, MIB. **Atividades humanas e terapia ocupacional.** In: Carlo, MMRP; Bartalotti, CC. Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. 2ºed. São Paulo. Editora Plexus; 2001, p.41-61.
25. Leal, LGP. **Terapia Ocupacional: guardados de gavetas e outros guardados.** Recife. Editora Linceu Gráfica; 2005.

26. Oliveira, GNO. **O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2.ed. São Paulo. Editora Hucitec; 2010.
27. Barros, RDB. **Grupo e Produção**. In: Lancetti, A (org). Saúde Loucura 4: Grupos e Coletivos. São Paulo. Editora Hucitec; 1994.
28. Netto, J.P; Carvalho, M.D.C.B. de. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo. 7.ed. Ed. Cortez, 2007.
29. Castro, E.D. **Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da terapia ocupacional**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2005; 16 (1): 14-21.
30. Deleuze, G; Guatarri, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Rio de Janeiro. Editora 34; 1995.

*Não houve fonte de financiamento de órgãos de pesquisa públicos ou privados.
Este trabalho foi apresentado, parcialmente, no IV Congresso Brasileiro de Saúde Mental, realizado em setembro de 2014, em Manaus-AM.

³⁰ Agenciamento: o crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda de natureza à medida que aumenta suas conexões um tipo de simpatia e composição entre heterogêneos.

Agradecimentos: aos pacientes, que se engendraram agentes desse/nesse processo de cuidado e compartilhamento de experiências.

Contribuição dos autores: Viviani, Naila, Camila, Deyse e Solanne colaboraram com a concepção do texto, organização de fontes e análises, redação do texto e revisão. Renata e Lisete contribuíram com a revisão do texto.

Submetido em: 08/04/2017

Aceito em: 17/07/2017

Publicado em: 31/07/2017