

Adriana Gonçalves Queiroz

**O LAZER NA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL A USUÁRIOS
ADULTOS:** percepção dos terapeutas ocupacionais dos centros de referência em saúde
mental de Belo Horizonte/MG

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional /UFMG

2020

Adriana Gonçalves Queiroz

**O LAZER NA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL A USUÁRIOS
ADULTOS: percepção dos terapeutas ocupacionais dos centros de referência em saúde
mental de Belo Horizonte/MG**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Estudos Interdisciplinares do Lazer.

Área de Concentração: Cultura e Educação
Linha de pesquisa: Lazer e Sociedade
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristiane Miryam Drumond de Brito.

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional /UFMG

2020

Q31 Queiroz, Adriana Gonçalves
2020 O lazer na assistência terapêutica ocupacional a usuários adultos: percepção dos terapeutas ocupacionais dos centros de referência em saúde mental de Belo Horizonte/MG. [manuscrito] / Adriana Gonçalves Queiroz - 2020.
170f.: il.

Orientador: Cristiane Miryam Drumond de Brito

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 144-155

1. Lazer - Teses. 2. Terapia ocupacional - Teses. 3. Saúde mental - Teses. I. Brito, Cristiane Myriam Drumond de. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 379.8



Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer
Email: ppgiel@eeffto.ufmg.br Telefone: (31) 3409-2335



**ATA DA 67ª DEFESA DE TESE
ADRIANA GONÇALVES QUEIROZ**

Às 14h30min do dia 18 de dezembro de 2020 reuniu-se de forma virtual (via videoconferência pela plataforma “Google Meet”) a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho “O LAZER NA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL A USUÁRIOS ADULTOS DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE/MG”, requisito final para a obtenção do Grau de Doutora em Estudos do Lazer. Abrindo a sessão, a Presidenta da Comissão, Profa. Dra. Cristiane Miryam Drumond de Brito, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra para a candidata, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu, sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Membros da Banca Examinadora	Aprovada	Reprovada
Profa. Dra. Cristiane Miryam Drumond de Brito (Orientadora)	X	
Profa. Dra. Christianne Luce Gomes (UFMG)	X	
Profa. Dra. Lisa Mische Lawson (University of Kansas)	X	
Profa. Dra. Luciana Assis Costa (UFMG)	X	
Profa. Dra. Rodolfo Antônio Morrison Jara (Universidad del Chile)	X	

Após as indicações a candidata foi considerada: Aprovada

O **resultado final** foi comunicado publicamente, para a candidata pela Presidenta da Comissão. Nada mais havendo a tratar a Presidenta encerrou a reunião e lavrou a presente **ATA** que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2020.

Profa. Dra. Cristiane Miryam Drumond de Brito

Profa. Dra. Christianne Luce Gomes

Profa. Dra. Lisa Mische Lawson

Profa. Dra. Luciana Assis Costa

Prof. Dr. Rodolfo Antônio Morrison Jara

Dedico esta tese a todas as mulheres, em especial as pretas.

A todas as mães, em especial as solo.

A todas as terapeutas ocupacionais, em especial as da saúde mental.

Às mulheres de espírito inquieto e com sede de trocas sociais.

Às filhas e filhos dessas mulheres que as apoiam com sua vivacidade, em especial a minha Cecilia Morena.

Às redes de apoio dessas mulheres.

À minha avó paterna, que foi uma dessas mulheres. Pela forma com que ela viveu a vida, me ensinando a importância do lazer e de ser forte, honesta e frágil.

GRACIAS A LA VIDA

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio dos luceros, que cuando los abro
Perfecto distingo lo negro del blanco
Y en el alto cielo su fondo estrellado
Y en las multitudes el hombre que yo amo

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado el oído que en todo su ancho
Graba noche y día, grillos y canarios
Martillos, turbinas, ladridos, chubascos
Y la voz tan tierna de mi bien amado

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado el sonido y el abecedario
Con él las palabras que pienso y declaro
Madre, amigo, hermano, y luz alumbrando
La ruta del alma del que estoy amando

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la marcha de mis pies cansados
Con ellos anduve ciudades y charcos
Playas y desiertos, montañas y llanos
Y la casa tuya, tu calle y tu patio

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me dio el corazón que agita su marco
Cuando miro el fruto del cerebro humano
Cuando miro al bueno tan lejos del malo
Cuando miro al fondo de tus ojos claros

Gracias a la vida que me ha dado tanto
Me ha dado la risa y me ha dado el llanto
Así yo distingo dicha de quebranto
Los dos materiales que forman mi canto
Y el canto de ustedes que es mi mismo canto
Y el canto de todos que es mi propio canto
Gracias a la vida que me ha dado tanto

(Violeta Parra)

AGRADECIMENTOS

Nesse percurso, que ainda não acabou, há uma pausa, que será denominada “defesa do doutorado”. Essa pausa me obriga a defender tudo o que construí nos últimos 4 anos e 6 meses (julho de 2016 a dezembro de 2020) e, até antes disso. Além disso, me convida a expressar gratidão às pessoas, grupos e instituições que me “defenderam” nesse percurso.

Pode até parecer um capítulo da tese, mas não há como eu ter chegado até aqui sem as contraturalidades que construí ao longo do doutorado e até antes dele. Que se iniciem as expressões de gratidão e amor!

A DEUS, que faz o caminho (*way maker*), quem mantém a palavra/promessa (*promise keeper*). Obrigada, Senhor: *All things are possible in you!* (Música *Way Maker* e *All things are possible*, de Hillsong United).

Aos meus colegas de mestrado em Estudos do Lazer/UFMG - 2015, professores e doutores da banca (Renato Franco e Luciano Pereira), os quais, ao exprimirem suas dúvidas e construções teóricas, provocaram-me a expandi-la para além das perguntas daquele projeto.

À minha eterna orientadora, Ana Cláudia Porfirio Couto, que me orientou durante o mestrado e regou a sementinha de pesquisadora que existia em mim. Sabia que no tripé da universidade meu perfil era o da extensão e não desistiu. Ensinou-me a cuidar e a valorizar meu papel de recém-pesquisadora e incentivou-me a continuar no caminho da academia.

À minha orientadora atual e para a vida, Cristiane Miryam Drummond Brito, que me acolheu nas dúvidas, “crises” existenciais, profissionais e de pesquisa, fez-me balançar nas certezas e me auxiliou a ampliar as formas de enxergar os dados e, muitas vezes, a vida.

À família GESPEL/UFMG (Grupo de Estudos em Sociologia e Pedagogia do Esporte e Lazer), especialmente nas pessoas de Rafael Frois, Pollyana Rocha, Taciana, Mauro Costa, Sheylazarth, Allana, Emerson Campos, Professora Ivana, Professora Kátia e Professora Ana Cláudia. Obrigada por me aguentarem e amarem e, ainda, por aceitarem meus palpites e me ensinarem tanto!

Aos queridos do Grupo de Estudos Conhecer e Superar/UFMG, especialmente nas pessoas de Cláudia Barbosa, Edson, Ricardo Alexandre, Walesson, Lets, Professora Cristiane e Professora Tânia Hirochi, pelo apoio, pelas leituras e pelo acolhimento de cada angústia.

Aos colegas do Doutorado em Estudos Interdisciplinares do Lazer/UFMG – 2016. O mundo vai nos separar, mas espero que o tempo em que estivemos juntos tenhamos sido vento nas asas de cada um.

Ao Danilo, da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares

do Lazer/UFMG, pela paciência de Jó comigo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares do Lazer/UFMG, por me acolher mais uma vez e, na medida do que lhe era possível, apoiar meus estudos.

À Universidade Federal de Minas Gerais, minha segunda casa, meu lar, onde me sinto potente.

Aos meus pacientes particulares e aos da rede de saúde pública, que me instigam a ser uma profissional melhor todos os dias.

À Luiza Morena, ao Mauro Costa, a Larissa Serelli, a Cynthia Rossetti, a Pollyanne Alcantara e a Cristiane Otoni, por auxiliarem na pesquisa, pelas discussões teóricas, pelos puxões de orelha, por serem vocês: generosos.

Às terapeutas ocupacionais que fizeram a checagem das entrevistas, construíram o dicionário de categorias e temas comigo, VOLUNTARIAMENTE, sem reclamar e extremamente comprometidas. Obrigada daqui à lua, um milhão de vezes.

A los profesores de la Universidad de Chile (UCHILE), en especial a los profesores Laura Rueda, Rodolfo Morrison, Erna Navarrete, Pamela Gonzalez, Rodrigo Sepúlveda, Gloria Silva, Vivian Villarroel, Alejandra González, Jean André Gajardo, Diego Cifuentes, Sebastián Gallegos y Viviana Riquelme. ¿Cómo uno puede agradecer lo suficiente? Ustedes contribuyeron para que me enamorase de TO otra vez. ¡Gracias colegas!

A la profesora Laura Rueda, que fue mi mentora en la UCHILE, que con su gentileza me ha aceptado sin ningún español y ha compartido conmigo sus conocimientos con tanta generosidad. Ella me presentó la historia y la cultura chilenas. Que un día podamos tomar un terremoto en la Píojera, comiendo chorrillana y debatiendo bioética en salud mental.

A la *directoria* de la Escuela de Terapia Ocupacional de UCHILE: Bernardo, Jonathan y Jacqueline. ¡Los espero acá y gracias por su amistad!

A los colegas do Magister en Ciencia de la Ocupación y Terapia Ocupacional de UCHILE, Patricio (Pato) y Paola, por su paciencia para enseñarme su lengua y dejarme tomar su tiempo para aprender lo que compartieron. ¡Ojalá nos veamos otra vez!

Ao Google Tradutor por me ajudar a sobreviver aos encontros de três línguas e por ajudar a me comunicar.

Às brasileiras do grupo Mães e Amigas Brasileiras no Chile as quais acolheram a mim, minha tia e Cecília tão bem.

À Karina Joly, Marcela Barbosa e Jana do Recife, meus sinceros, intensos e emocionados agradecimentos. Vocês, junto à REDMACRO, minha tia, minha poupança, meus alunos de inglês e minha orientadora fizeram possível a ida para o Chile. São o exemplo

mais lindo de mulheres que apoiam outras mulheres. Nossa amizade me dá orgulho!

A Junji, al jardín Nietos de Bello, en las personas de las tías tan amorosas con mi mayor tesoro. Gracias por todo. ¡Gracias!

A Lola, no hay, querida, nadie más con quien yo quiera caminar en la nieve o en una aventura como la nuestra.

À REDMACRO que, no fomento às relações latino-americanas, apresentou-me o que eu precisava: o encontro com as várias latinidades e, nelas, o encontro comigo.

Aos amigos REDMACRO, porque não há tensão que deva ser vivida sozinha.

À CAPES. Obrigada, CAPES, porque só depois que você entrou na minha vida eu encontrei um pouco de paz para poder estudar e escrever. A bolsa CAPES não é só auxílio social, ela é fomento à pesquisa, é investimento no potencial das pessoas e tira um peso enorme dos ombros da estudante. Obrigada, também, pela forma ética em que concedeu as “extensões pandêmicas”.

Ao CERSAM Norte, minha casa laboral durante os dois primeiros anos do doutorado, junto aos outros empreendimentos de sobrevivência. Foi onde aprendi que não vou mudar o mundo, mas tenho muito a contribuir. Onde me revoltei com o “sistema”, mas também agradei por sua existência. Onde descobri que trabalho realmente na saúde, e não na doença.

Ao querido SUS. Vejo seus erros, suas falhas e seu potencial. Sou grata por você todo dia. Senti uma saudade danada de 2018 a 2020, quando “demos um tempo”.

Aos planos de saúde, que me acolheram para prover à minha família.

À terapeuta ocupacional Eleonora Xavier, que me incentivou a criar o “Projeto Lazer Sem Limites”, e pudemos promover ações de cuidado em espaços culturais de BH, assim como levantar discussões sobre o lazer na Terapia Ocupacional. Em especial, obrigada Leo, por SEMPRE ser otimista e me passar um pouquinho desse otimismo diariamente.

À rede de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte, a seus profissionais e usuários. Nós temos sustentado uma mudança de paradigma com o próprio corpo, não sem lágrimas de tristeza e de alegria. Sou grata a nós pelo contínuo cuidado e aprendizado, apoio e construção de lutas, que são coletivas, em prol de algo maior que nós mesmos.

Aos profissionais terapeutas ocupacionais dos serviços de saúde mental de Belo Horizonte, em especial àqueles que atendem adultos, e aos participantes desta pesquisa: como foi difícil estar com vocês e às vezes não levantar e bater palmas, ou tomar notas de aprendizado, ou pedir uma supervisão, ou não dar um abraço apertado, ou me voluntariar no serviço em que atendem, só para trocar conhecimento prático com vocês. Gostaria de que fossem mais bem reconhecidos!

À minha família, em especial ao meu pai, Joaquim Queiroz de Souza. Pai, deve ter sido difícil ver tudo pelo que passei nesses 4 anos e 6 meses. Obrigada pai, por ter sido MEU pai. Por todo colo “atravessado”, incentivo com cara de queixa e, principalmente, pela sua luta contra seu próprio machismo. Pai, eu estou tão orgulhosa do senhor!

À minha tia Leila, *la santa tía*, que de santa não tem nada, mas tem de amor à família. E isso, minha gente, dá por si só uma tese. Obrigada, tia. Se eu passar nessa defesa, pode ter certeza, um pedaço do título é seu. Até porque nós duas sabemos como é ser mulher preta e desbravadora em países racistas. Mas a gente também sabe sobreviver e, dentro dos percalços: VIVER. Obrigada!

Às tias Fia e Irene, à Sandra Reis e à Luzia, que eu sei que torceram quietinhas em cada passo.

À minha irmã, Flávia Reis, minha dose de realidade, meu ombro, colo, abraço amigo.

Ao meu cunhado, Rodrigo Reis, o irmão que nunca tive e que Deus trouxe para mim.

Ao “Amor da Iaiá”, Samuel, meu sobrinho, meu menino sapeca, meu *catboy*, minha distração da escrita. Amo muito!

À minha filha, minha Cecilia Morena, minha aventureira, minha menina resiliente, meu coração fora do peito, minha maior incentivadora, por quem este momento vale a pena.

À escola Casinha Feliz, às tias Tati e Elisângela, pela parceria incrível no cuidado com minha filha, o que me possibilitou alçar voos.

Ao Banco do Brasil, ao Bradesco e ao Nubank, pelos cheques especiais e limites para parcelamentos em compras de livros, passagens aéreas, dentre outros.

Aos discentes do estágio docente na APAC e no SRT, obrigada por me permitirem fazer parte da formação de vocês.

Aos futuros terapeutas ocupacionais, atualmente discentes, do PET TO/UFMG, Camile, Isabella, Gabriela, Tháís, Pablo e Iolanda, pela coragem por fomentar discussões étnico-raciais e Terapia Ocupacional e por me permitirem fazer parte disso tudo. Obrigada, Professora Tânia, por me confiar seus petianos.

Às (em torno de) 300 pessoas que investiram na minha educação e da minha filha, na esperança de que possamos ser sementes de bons frutos para muitos. Agradecemos cada doação, seja de produtos, de tempo divulgando a vaquinha, de dinheiro pelo site da vaquinha, ou depósito bancário, ou em palavras de afirmação. A Mariana Rocha e a Carol Salgado. Ao Lucas Veríssimo, artista empreendedor: estou sem palavras para agradecer o que você fez por mim e Ceci nessa jornada. A egrégora fomentada por você Lucas!

To the international department team, to the occupational education department and to

the dean of the School of Health Professions Dr. Abiodun Akinwuntan, of the University of Kansas Medical Center (aka KUMED), for welcoming and giving me every opportunity that was available so I could improve in my education.

To the great people of the Occupational Therapy Education Department, thanks for welcoming me into your world and sharing your knowledge with me. Especially, Bobbi and Jen thanks for the laughs, Gina for being such a great mental health partner, Jeff for introducing me to your culture and sharing leisure tips, Dory for sharing kid's stuff and life experiences, Jane for wardrobe/ weather tips, Wendy for helping me understand politics and navigate through OT mental health history, by the way: I still like your accent! Thanks Becky for sharing books, Janis for good talks about active listening, Lauren for qualitative methodology ideas, Joan for always reminding me how good salsa dancing is, Kelly for leaving our coffee to be taken whenever you come to Brazil, Jamie for amazon and winter survival tips, Mackara for being my right arm in the office and my partner in family fun activities, Tim for all the IT rescues and chats (many of them), and Laurie first for good chats then for alerting me about COVID. Last, but not least Dr. Lisa Mische Lawson who is great in making me cry of gratitude. Thanks for teaching me how to respect myself as a researcher. To be patient with my learning process and for teaching me, in action, what a mentor is.

Caroline, Logan e Jordan thank you for sharing your last months as students with me. It is great to have you as colleagues now.

Thanks to the Facebook groups for all the support you gave me: "moms of black girls", "moms helping moms", "brasileiros em Kansas city" e "Missouri, "Mamães KC", "The single mom KC".

Ao grupo de brasileiros da KUMED: Ju, Erica, Taynara, Eber, Ligia, Nathalia e Gabi. Tenho muito orgulho das pessoas que vocês são. Obrigada, gente!

To the Tipton family, specially mom/ Lovie, my brother Donnie and my sis Jackie, my sweet strong temper lovely Miss P., and my creative, hard worker, great dancer and sweet Lakel. I love you! Yes, God mom and Kelly, I love you too!!!

To the Woodland Early Childhood School for all the great employees who took such great care of my daughter, Cecilia Morena.

Aos aplicativos de relacionamentos que não me deixaram isolar e assim pude aprender bastante sobre as culturas dos países onde vivi.

To Hillsong KC Church, especially Hillsong Kids and Monica and Nadia's sisterhood group. I thank the Lord for the day Ju introduced me to you all. Thanks for being there for me and my girl.

Brasileiros de KC: Re, Matt e Kyara doce de coco e, agora Theo, Glaukia e princesas e John, Flavia e Michael, Nay e dupla dinâmica, Sara, Julia e Pedro e, Dai e tchurma. Sinceramente, parece-me que não há palavras que possam agradecer por tudo o que fizeram por nós. Aguardo vocês para um pão de queijo.

Ao NASF California/Dom Cabral, gratidão por me acolherem e me aceitarem na minha ignorância do fazer generalista e reabilitador físico, por serem pacientes comigo. Obrigada à referência técnica, gerentes e colegas de trabalho, pela oportunidade de aprender e trocar com vocês.

Ao grupo Terapeutas Ocupacionais Pretas e Pretos – Brasil e ao Laboratório de Estudos Africanos Integrado às Atividades e a Terapia Ocupacional - Içê (LabAfro- Içê), obrigada por me rerepresentar a minha ancestralidade.

Às amigas que a graduação em Terapia Ocupacional/ UFMG me deu e faço questão de manter: Helen, Gal, Marina, Naty Maira e Marcia Cristina.

À Fulbright, agradeço pelo apoio à minha educação e pela parceria em cada etapa do *Fulbright Dissertation Award*. À Carol, Bibiana e Tainara, por seu trabalho carinhoso, atencioso e eficiente de acompanhamento, apoio e parceria!

Aos amigos Fulbrighters 2019-2020, vivemos tantos momentos e de forma tão intensa juntos, virtualmente, muitas vezes. Sou grata a cada um de vocês e estou apenas aguardando a vacina para começar o mochilão e revê-los em alguma cidade desse Brasil e/ou em algum lugar do mundo. Mari, Cândida e Fernanda, obrigada por tanto, sempre.

À Ana Paula Malachowski Levi Bianchini, por contribuir com minha defesa, na tradução e no apoio emocional. Quem diria que o MOHO me traria você?

No meio do caminho, fiz amigos, colegas, conhecidos, mentores de vida e acadêmicos, ganhei comidas caseiras e diferentes, abraços, ticket de teatro, convites vários, conhecimento, sorrisos, mergulho em mim mesma. Se tem uma coisa que eu sou grata é pela minha família escolhida: os amigos. Tenho até medo de citar vocês e me esquecer de alguém, devido à vista embaçada pelas lágrimas. Indicaram-me a pacientes, me incentivaram, choraram comigo, ficaram bravos, leram o mesmo texto mil vezes, de um dia pro outro... tiraram-me das sombras durante a pandemia. Mas, não tem como não agradecer à Juliana Daher, Isabel Resende, Claudia Barbosa, Tania Hirochi, Mauro Costa, Luiza Morena, Dani Melo, minha irmã, Antônio Macedo, Inês Teixeira, Mei, Sandrinha, Karina Joly, Marcela Barbosa, Renata Tavares, Dai Serrano, Connie Bruce, Ludimila Barreto, Vanessa Wilke, Thiago, Marcia Cristina, Cynthia Rossetti, Larissa Serelli, Paula Simoes, Cris Otoni, Mel Rizzo, Katerina Volcov, Carla Brazil, Connie Bruce, Dayse Athaide. Com certeza, deve haver mais pessoas

envolvidas neste processo, ainda que não tenha encontrado seu nome: sinta se parte! Não é *networking*, é rede de afetos!

Por fim, obrigada aos revisores, Léo e Janaina, que suaram tentando acentuar minhas palavras, dar sentido às minhas emoções e pensamentos, sobre os quais, para falar a verdade... só agora estou pronta para começar a escrever. Mas, tenho que defender, tenho que escutar, crescer e aprender.

Adriana Gonçalves Queiroz

RESUMO

O lazer é uma das áreas de ocupação humana inseridas no cotidiano, sendo um campo de estudo e atuação do terapeuta ocupacional. Usuários da saúde mental, devido a comprometimento por causa da patologia, estigma social ou por motivos subjetivos e singulares, apresentam diversas áreas ocupacionais da vida prejudicadas, sendo o lazer uma delas. A pesquisa, apresentada nesta tese investigou e analisou como se configura o lazer na assistência, prestada por terapeutas ocupacionais, a usuários adultos atendidos nos serviços públicos de urgência de saúde mental do município de Belo Horizonte/MG. Especificamente foi investigada a interface entre Lazer e Terapia Ocupacional; analisada a percepção dos terapeutas ocupacionais atuantes nos serviços públicos de urgência de saúde mental adulto do município de Belo Horizonte, sobre o lazer e investigado o raciocínio clínico terapêutico ocupacional dos profissionais que incluem o lazer em suas práticas. Utilizou-se guia de entrevista semiestruturada com 23 terapeutas ocupacionais atuantes na urgência em saúde mental da rede pública municipal de Belo Horizonte, precisamente nos Centros de Referência em Saúde Mental e nos Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas. Foram excluídos os terapeutas que atuam na rede de saúde mental assistindo apenas crianças. Os dados foram analisados seguindo a metodologia hermenêutica-dialética proposta por Minayo. 13 categorias foram identificadas e organizadas em 3 temas: Compreendendo o Lazer, Lazer no Cotidiano e Temas Transversais. Conclui-se que o aprendizado dos terapeutas ocupacionais, seja formal ou informal, influencia suas concepções de lazer, assim como, a inclusão ou não desta ocupação em seu raciocínio clínico terapêutico ocupacional e fazer laboral. O contexto político socioeconômico e cultural do Brasil e a organização do trabalho nos CERSAMs também estão em íntima correlação com a atuação dos profissionais, seja com impactos desafiantes ou potencializando o cuidado. O lazer na perspectiva de dimensão da cultura e necessidade humana, aliado aos princípios da reabilitação psicossocial e da reforma psiquiátrica brasileira, e entendido como ocupação a partir de reflexões e conceitos advindos da Ciência Ocupacional, pode ser aliado terapêutico aos profissionais e usuários, ao ser ferramenta que fomenta prazer, pertencimento social, autonomia, contratualidade e consciência ocupacional.

Palavras-chave: Lazer. Saúde mental. Terapia ocupacional. Reabilitação psicossocial.

RESUMEN

El ocio es una de las áreas de ocupación humana inserta en la vida diaria, siendo un campo de estudio y actuación del terapeuta ocupacional. Los usuarios de salud mental, por deterioro por patología, estigma social o por motivos subjetivos y singulares, tienen varios ámbitos de la vida laboral deteriorados, siendo el ocio uno de ellos. La investigación, presentada en esta tesis, investigó y analizó cómo se configura la asistencia en el ocio, brindada por terapeutas ocupacionales, a usuarios adultos atendidos en los servicios públicos de emergencia de salud mental en la ciudad de Belo Horizonte / MG. Se investigó específicamente la interfaz entre el ocio y la terapia ocupacional; analizó la percepción de los terapeutas ocupacionales que trabajan en los servicios públicos de emergencia de salud mental del adulto en la ciudad de Belo Horizonte, sobre el ocio e investigó el razonamiento clínico terapéutico ocupacional de los profesionales que incluyen el ocio en sus prácticas. Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada con 23 terapeutas ocupacionales que laboran en la emergencia de salud mental en la red pública municipal de Belo Horizonte, precisamente en los Centros de Referencia en Salud Mental y en los Centros de Referencia en Salud Mental Alcohol y Drogas. Se excluyó a los terapeutas que trabajaban en la red de salud mental que ayudaban a niños únicos. Los datos fueron analizados siguiendo la metodología hermenéutica-dialéctica propuesta por Minayo. Se identificaron 13 categorías y se organizaron en 3 temas: Comprensión del ocio, el ocio en la vida cotidiana y los temas transversales. Se concluye que el aprendizaje de los terapeutas ocupacionales, ya sea formal o informal, influye en sus concepciones del ocio, así como en la inclusión o no de esta ocupación en su razonamiento clínico y trabajo terapéutico ocupacional. El contexto político socio-económico y cultural de Brasil y la organización del trabajo en los CERSAM también están estrechamente correlacionados con el desempeño de los profesionales, ya sea con impactos desafiantes o mejorando la atención. El ocio desde la perspectiva de la dimensión de la cultura y la necesidad humana combinado con los principios de la rehabilitación psicosocial y la reforma psiquiátrica brasileña y, entendido como una ocupación basada en reflexiones y conceptos surgidos de la Ciencia Ocupacional, puede ser un aliado terapéutico para los profesionales y usuarios como herramienta que promueve placer, pertenencia social, autonomía, contractualidad y conciencia ocupacional.

Palabra clave: Ocio. Salud mental. Terapia ocupacional. Rehabilitación psicosocial

ABSTRACT

Leisure is one of the areas of human occupation inserted in daily life, being a field of study and of occupational therapy intervention. Mental health users, due to impairment due to pathology, social stigma or for subjective and singular reasons, have several impaired occupational areas of life, with leisure being one of them. The research, presented in this thesis, investigated and analyzed how leisure assistance is configured, provided by occupational therapists, to adult users assisted in public mental health emergency services in the city of Belo Horizonte / MG. The interface between Leisure and Occupational Therapy was specifically investigated; analyzed the perception of occupational therapists working in public emergency services of adult mental health in the city of Belo Horizonte, about leisure and investigated the occupational therapeutic clinical reasoning of professionals who include leisure in their practices. A semi-structured interview guide was used with 23 occupational therapists working in the mental health emergency in the municipal public network of care of Belo Horizonte, precisely in the Reference Centers in Mental Health and in the Reference Centers in Mental Health Alcohol and Drugs. Occupational therapists working in the mental health network assisting only children were excluded. The data were analyzed following the hermeneutic-dialectic methodology proposed by Minayo. 13 categories were identified and organized into 3 themes: Understanding Leisure, Leisure in Everyday Life and Cross-cutting Themes. It is concluded that the learning of occupational therapists, whether formal or informal, influences their conceptions of leisure, as well as, the inclusion or not of this occupation in their clinical reasoning and occupational therapeutic work. The socioeconomic and cultural political context of Brazil and the organization of work at CERSAMs are also closely correlated with the performance of professionals, whether with challenging impacts or enhancing care. Leisure in the perspective of the dimension of culture and human need combined with the principles of psychosocial rehabilitation and Brazilian psychiatric reform and, understood as an occupation based on reflections and concepts arising from Occupational Science, can be a therapeutic ally to professionals and users as a tool that promotes pleasure, social belonging, autonomy, contractuality and occupational consciousness.

Keywords: Leisure. Mental health. Occupational therapy. Psychosocial rehabilitation.

SIGLAS

AOTA	–	Associação Americana de Terapia Ocupacional
ASUSSAM	–	Associação de Usuários dos Serviços de Saúde Mental de MG
AT	–	Acompanhamento Terapêutico ou Acompanhante Terapêutico
BH	–	Belo Horizonte
CAPS	–	Centro de Atenção Psicossocial
CC	–	Centro de Convivência
CERSAM	–	Centro de Referência em Saúde Mental
CERSAM ad	–	Centro de Referência em Saúde Mental álcool e outras drogas
CERSAMN	–	Centro de Referência em Saúde Mental Norte
CO	–	Ciência Ocupacional
CS	–	Centro de Saúde
EC	–	Equipe Complementar
ES	–	Espírito Santo
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
ESM	–	Equipe de Saúde Mental
EUA	–	Estados Unidos da América
GAM	–	Gestão Autônoma da Medicação
HIV	–	<i>Human immunodeficiency virus</i> (vírus da imunodeficiência humana)
KC	-	Kansas City
MG	–	Minas Gerais
NAPS	–	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	–	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
ONU	–	Organização das Nações Unidas
PBH	–	Prefeitura de Belo Horizonte
PD	–	Permanência Dia
PTS	–	Projeto Terapêutico Singular
RT	–	Residência Terapêutica
SRT	–	Serviço Residencial Terapêutico
SUP	–	Serviço de Urgência Psiquiátrica
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TO	–	Terapia Ocupacional

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde/Brasil

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Profissionais dos CERSAMs e CERSAMs ads de Belo Horizonte

Tabela 2. Terapeutas Ocupacionais em CERSAM

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Gráfico: Sexo dos entrevistados.

FIGURA 2. Gráfico: Idade dos entrevistados

FIGURA 3. Gráfico: Ano de graduação dos entrevistados

FIGURA 4. Gráfico: Instituições de graduação dos entrevistados

FIGURA 5. Gráfico: Tempo de trabalho dos entrevistados na área de saúde mental

FIGURA 6. Gráfico: Formação complementar

LISTA DE IMAGENS

- | | | |
|------------------|--|--------------------------------------|
| Imagem 1. | Obra de Rui de Paula (2017).
Mineiro de Jaboticatubas | Fonte: ruidepaula.com.br |
| Imagem 2. | Pires de xícara de café. | Fonte: Arquivo pessoal da doutoranda |
| Imagem 3. | Xícara de Café. | Fonte: Arquivo pessoal da doutoranda |
| Imagem 4. | Ferramentas e Ingredientes para
fazer café. | Fonte: Arquivo pessoal da doutoranda |
| Imagem 5. | Novas formas de degustar café. | Fonte: Arquivo Pessoal da doutoranda |
| Imagem 6. | Saboreando cafés regados de
encontros. | Fonte: Arquivo pessoal da doutoranda |
| Imagem 7. | Saboreando a diversidade no e do
café. | Fonte: Arquivo pessoal da doutoranda |
| Imagem 8. | Café bom é aquele que deixa
gosto de quero mais. | Fonte: Arquivo pessoal da doutoranda |

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 PIRES (OBJETIVOS)	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3 XÍCARA (FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA)	25
3.1 Terapia Ocupacional	26
3.1.1 Breve histórico da Terapia Ocupacional – de sua origem ao contexto brasileiro.....	26
3.1.2 Ciência ocupacional e ocupação humana.....	32
3.2 Lazer.....	38
3.2.1 Lazer: uma dimensão da vida humana.....	38
3.3.1 Da Psiquiatria à Saúde Mental.....	45
3.3.2 Saúde mental em Belo Horizonte	50
4 FERRAMENTAS E INGREDIENTES (METODOLOGIA)	54
4.1 Métodos.....	55
4.2 Participantes	56
4.2.1 Apresentação dos Participantes	58
5 DEGUSTANDO O CAFÉ: PARTE 1 (DESCRIÇÃO DA ANÁLISE)	59
6 DEGUSTANDO O CAFÉ: PARTE 2 (ANÁLISE DOS DADOS: PARTICIPANTES E RESULTADOS)	64
6.1 Participantes	64
7 DEGUSTANDO O CAFÉ: PARTE 3: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO	72
7.2 Lazer no cotidiano.....	86
7.3 Temas transversais.....	116
8 CONCLUSÃO OU AROMA	136
REFERÊNCIAS	144

ANEXOS.....	156
Anexo A - Guia de entrevista semiestruturada.....	156
Anexo B – Dicionário dos Temas e Categorias.....	159

1 INTRODUÇÃO

Imagem 1. Obra de Rui de Paula (2017). Mineiro de Jaboticatubas.



Fonte: ruidepaula.com.br

Sou mineira, de Belo Horizonte, Minas Gerais (MG). Na minha terra uma conversa é sempre sensorial. Tem o cheiro do café, o gosto da broa ou do pão de queijo e o se ajeitar na cadeira para “escutar melhor”. Essa tese é uma conversa, às vezes monólogo, mas sempre com intuito de uma conversa, já aviso que termos rebuscados não são frequentes aqui. Convido a leitora e o leitor a se sentarem à mesa para, nessa introdução, conhecerem-me um pouco mais e entenderem porquê segui o caminho do doutorado nos Estudos Interdisciplinares do Lazer.

Lembro-me de passear muito com minhas tias na infância, viajar de supetão¹ com meu pai e dos lanches regados a suco de cenoura ou couve e pão com mortadela nas praias do Espírito Santo (ES). Passeios sempre com muita risada e os primos e primas. Lembro de, na adolescência, andar em sentido oposto ao do meu pai nas festas na pracinha de Itaoca/ ES, local onde íamos com frequência. De ver meu pai se escondendo atrás dos postes, vigiando minha irmã e eu, enquanto saíamos em Ouro Branco, MG. E recordo-me com carinho dos mergulhos na leitura, em especial da coletânea “As Brumas de Avalon” de Marion Zimmer Bradley.

¹ O termo supetão refere-se a algo feito de repente.

Na adultez, recorro-me dos acampamentos com a Associação Crista de Moços, os filmes e eventos no Centro Cultural da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), na Avenida Santos Dumont, e os encontros do movimento estudantil – desde as reuniões em que ficávamos horas sentados no chão, ao Fórum Social Mundial, em Porto Alegre (2003). Era tudo lazer para mim. Foi-me, assim, apresentado este fenômeno: em família; com amigos; fortalecendo laços; explorando territórios; fazendo descobertas; como ato político.

Na graduação em Terapia Ocupacional, na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o lazer se desvelou em uma disciplina optativa, no 10º período: Saúde Mental e Lazer. Desde então, tenho associado esses dois campos à minha prática profissional.

Desde a graduação, em 2009, atuo na área de saúde mental, prioritariamente em serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, sempre guiada por princípios da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial. Experimentei o trabalho em modelo hospitalar, na equipe de desinstitucionalização, do qual o foco era a transição de pessoas, com média de 30 anos de internação, para o meio comunitário possível: família ou Residências Terapêuticas².

Em 2013, iniciei o mestrado em Estudos Interdisciplinares do Lazer, na UFMG, interessada em conhecer o que os moradores de Residências Terapêuticas de Belo Horizonte nomeavam como lazer e como ele estava presente em seus cotidianos. A partir dessa pesquisa, elegi como resultados mais relevantes o lazer na ressignificação do cotidiano e na ressignificação do papel social de egresso de hospital psiquiátrico a morador e cidadão de uma cidade, pois, foi percebido que o lazer traz resultados significativos nessa nova vida.

A pesquisa supracitada mostrou que o investimento no lazer de usuários de saúde mental, egressos de longas internações, cronificados por institucionalização, pode ser significativo para mudança de lugar social. Isso ocorre, uma vez que, por meio do lazer (da organização à vivência, e após esta) esses usuários puderam questionar e refletir sobre seus contextos e histórias, e apoderarem-se de suas potencialidades como moradores da casa e cidadãos da cidade, ao que concernem seus deveres e direitos. Dessa forma, o lazer pode ser um facilitador de movimento contra a alienação estabelecida e reforçada no ambiente do manicômio.

Após o mestrado, desliguei-me da supervisão de três Residências Terapêuticas em Belo Horizonte e assumi o cargo de técnica de referência/terapeuta ocupacional, no Centro de

² Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou Residências Terapêuticas (RT) são casas inseridas na comunidade que abrigam usuários da saúde mental, advindos de longas internações psiquiátricas e que possuem suporte social frágil ou inexistente. São frutos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Brasileira de Saúde Mental (BRASIL, 2000).

Referência em Saúde Mental Norte (CERSAMN³), na mesma cidade. Neste papel, realizava acolhimentos, atendia urgências em saúde mental, além de acompanhar e construir projeto de cuidado junto ao usuário, sua família e rede intersetorial.

De 2015 a 2018, trabalhei no CERSAM e me angustiei com a chegada de usuários com quase nenhum vínculo em seus territórios, beneficiários de auxílios governamentais, com laços fragilizados, que tinham como base de suas redes de relações os serviços de saúde.

A rotina desses usuários, muitas vezes, é restrita ao ir de casa para o CERSAM e vice-versa. No período em que estavam na unidade, estabeleciam laços, ampliavam suas relações sociais e interesses por atividades que aconteciam fora do serviço de urgência. Diante da estabilização do quadro psíquico, os cuidados dos usuários eram transferidos para a atenção primária. Observei que, uma vez na atenção primária, alguns conseguiam retomar suas interações sociais, no entanto, novamente com ambientes restritos.

Diante disso, e de posse do conhecimento adquirido no mestrado sobre o papel do lazer para uma parcela de usuários adultos da saúde mental (moradores de Residências Terapêuticas), surgiu o questionamento norteador desta tese sobre quais apropriações a Terapia Ocupacional faz do lazer e como este está presente na assistência a usuários adultos na saúde mental. Além disso, partindo do princípio de que seres humanos apresentam necessidades e de que elas não estão precisamente apresentadas de forma hierárquica (SAMPAIO, 2009; MAX-NEFF; ELIZALDE; OPENHAYN, 2010), seria o lazer uma necessidade humana? E se sim, no fazer profissional terapêutico ocupacional, o lazer é entendido como uma necessidade humana? Como os terapeutas ocupacionais percebem o lazer? A partir dessa percepção como configura o lazer na assistência terapêutica ocupacional a usuários de saúde mental? O lazer faz parte do raciocínio clínico desses profissionais?

Ao buscar amparo na literatura sobre Lazer e Terapia Ocupacional, encontrei alguns autores que discorriam sobre essa interface (MARTINELLI, 2008; STEBBINS, 2008; MARTINELLI, 2011; SAITO, 2011; ALCÂNTARA; BRITO, 2012; ALEGRÍA, *et al.*, 2013; CUNHA e GONTIJO, 2013; FLORENTINO; CAMARGO, 2015; MOTIZUKI; MARIOTTI, 2014). Pondero, no entanto, que ainda são escassos os referenciais teóricos relativos ao fazer terapêutico ocupacional e lazer. Além disso, os referenciais existentes não são focados no contexto da saúde mental antimanicomial brasileira ou não defendem o lazer como uma

³ CERSAM ou Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) como nomeia BRASIL (2011) que institui a rede de atenção psicossocial é unidade que atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, em sua área territorial, de forma articulada com as diversas redes da cidade, inclusive na saúde. Proporciona cuidado interdisciplinar com atenção 24 horas, 7 dias por semana (BRASIL, 2011).

necessidade humana.

Tenho buscado comungar meu fazer profissional com a proposta de Christianne Gomes (2014), que discorre sobre o lazer pautado na construção cultural de cada sujeito e realizado em um tempo que não é o institucionalizado, como: férias, feriados e fins de semana. A autora também considera o lazer uma necessidade humana.

Considero que o profissional deve alinhar sua prática clínica às suas referências teóricas e vice-versa, em uma relação dinâmica. Propus, então, pesquisar a interface Lazer, Terapia Ocupacional e Saúde Mental, no doutorado em Estudos Interdisciplinares do Lazer.

Compreendo que, no convite à interdisciplinaridade promovido pelo Programa de Doutorado, encontro possibilidades de discutir a existência ou inexistência e os modos de existir ou inexistir dessa interface. Tenho como muito cara essa interdisciplinaridade no dia a dia profissional que, inegavelmente, pode contribuir, não apenas com o campo de pesquisas e publicações do Lazer, mas também com a prática baseada em evidências⁴, defendida na Terapia Ocupacional, dando subsídios para os profissionais e ampliando a discussão sobre a assistência.

Esse diálogo entre Lazer, Terapia Ocupacional e Saúde Mental favorece os usuários da saúde mental, que podem ter seu cotidiano reinventado com o auxílio de novas percepções de seus terapeutas, uma vez que o mero encontro do pesquisador com o sujeito já pode gerar questionamentos relativos ao seu fazer profissional. Por conseguinte, essa pesquisa advém do encontro da academia com a práxis.

Todo encontro é iniciado pelo interesse da descoberta. A partir disso, as perguntas vão sendo feitas e, em busca de respostas, caminhos, nós e direções são encontrados. Em uma citação atribuída a Alexander King (s/d.) é dito que “a necessidade básica do coração humano durante uma grande crise é uma boa xícara de café quente”. O processo de construção de conhecimento gera crises, aqui entendidas como momentos de dúvidas, buscas e construções de hipóteses e respostas momentâneas. Sempre foi em uma boa xícara de café que encontrei auxílio para lidar com essas crises.

Confesso que o doutorado trouxe muito aprendizado, não apenas teórico, mas também sobre mim mesma. Um recorte foi necessário. Primeiro, porque não caberia nestas linhas todo o aprendizado, dentro e fora da universidade, que contribuiu com estes escritos. Segundo,

⁴ Prática baseada em evidência neste texto não se restringe ao que é escrito ou publicado em revistas e livros técnico científicos, mas também ao conhecimento passado oralmente. No contexto da Terapia Ocupacional, uma evidência passada oralmente pode ser observada em campos de estágios ou palestras em que o relato de como o profissional agiu diante da demanda do usuário é a experiência evidenciada.

porque se faz essencial não confundir o leitor e, para tanto, filtrar meus caminhos teóricos até o momento me parece eficaz para que o leitor não se perca, e tampouco eu, em minhas andanças teóricas.

De antemão, deixo claro que o leitor pode se deparar com uma certa luta no meu processo de aprendizado, o qual, como terapeuta ocupacional, acredito fielmente que possa ter sido representado pelo meu inconsciente nessas linhas. Uma vez que a escrita se fez presente no meu cotidiano, minhas incertezas e duelos com a antropofagia, o decolonialismo, o colonialismo, minha formação com base em saberes do Hemisfério Norte (7 anos de graduação + 10 anos como profissional), meu recente contato mais próximo com minha ancestralidade, com certeza transparecerão.

Oriento-lhes, para melhor compreensão desta pesquisa, que não se atenham ao meu duelo interno. Não tomo aqui, postura consciente antropofágica nem decolonial, tampouco de uma digestão de outras culturas e mistura com a brasileira (ALVES, 2020), como também não defendo a epistemologia do Hemisfério Norte. Compreendo que estas questões reapareceram na sociedade acadêmica, enfaticamente durante o meu processo de doutorado, e eu ainda estou aprendendo a lidar com elas. Portanto, não me sentindo confortável para um posicionamento.

O que posso dizer é que há comprometimento com o campo onde desenvolvi a pesquisa – a rede de saúde pública brasileira e seus princípios de universalidade, integralidade e equanimidade; com os participantes da pesquisa; os terapeutas ocupacionais trabalhadores da rede substitutiva de saúde mental Belo Horizontina; e o público ao qual eles atendem: pessoas com e em experiência da loucura.

Esta etapa da minha vida acadêmica teve muitas pausas, saboreando café ou usando-o para me manter alerta. Justo se faz apresentar minha tese com o cheiro mineiro de um bom café. Para tanto, lanço mão da analogia da feitura deste.

A construção teórica é a xícara, que oferece sustentação para discussões encorpadas e se torna aconchego para a mistura a ser tomada. O café é a apresentação dos dados e discussão sobre os mesmos. O aroma associado ao sabor é a conclusão. São os elementos que se anunciam quando se começa a ler e os que ficam ao término da leitura. O pires é a pausa ao se tomar um café, traduzido em objetivos, os quais devem estar presentes em toda a tese e na construção da mesma. São como “pequenas grandes” constantes que fazem o autor e o leitor refletir. Por fim, as ferramentas para se fazer o café – coador, suporte, água, pó, fogo, gás – referem-se à metodologia. O “como” faz a diferença no aroma, sabor e vivência do beber café. Assim são metodologia e métodos.

2 PIRES (OBJETIVOS)

Imagem 2. Pires de xícara de café.



Fonte: acervo pessoal.

2.1 Objetivo Geral

Investigar e analisar como se configura o lazer na assistência, prestada por terapeutas ocupacionais, a usuários adultos atendidos nos serviços públicos de urgência de saúde mental do município de Belo Horizonte/MG.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar interfaces entre Lazer e Terapia Ocupacional, nos serviços públicos de urgência de saúde mental adulto do município de Belo Horizonte.
- Analisar a percepção dos terapeutas ocupacionais atuantes nos serviços públicos de urgência de saúde mental adulto do município de Belo Horizonte, sobre o lazer.
- Investigar o raciocínio clínico terapêutico ocupacional dos profissionais que incluem o lazer em suas práticas.

3 XÍCARA (FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA)

Imagem 3. Xícara de Café.



Fonte: acervo pessoal.

Neste tópico, serão abordados os três eixos teóricos dessa tese: Terapia Ocupacional, Lazer e Saúde Mental. Quanto à Terapia Ocupacional, serão apresentadas sua história, da origem até a chegada ao Brasil, e suas repercussões neste contexto, bem como da Ciência Ocupacional. No âmbito do Lazer, discorrer-se-á sobre a ideia desenvolvida por Christianne Luce Gomes, a qual foi a escolhida como parâmetro neste trabalho. Ao que concerne à Saúde Mental, tratar-se-á sobre a reforma psiquiátrica brasileira e a reabilitação psicossocial defendida por Benedetto Saraceno⁵, e o papel protagonizado pela terapia ocupacional nestas. Acrescentou-se, ainda, contextualização sobre a saúde mental em Belo Horizonte, pois, a mesma é baseada em construções teóricas sobre a reforma psiquiátrica brasileira. As reflexões construídas no processo de desinstitucionalização darão o suporte para elucidar sobre o campo onde foi realizada a pesquisa.

Espera-se que, com esta triangulação, a (o) leitora (leitor) consiga fazer correlações com a teoria quando os dados forem apresentados e refletir sobre esta em seu contexto.

⁵ Benedetto Saraceno era a época das discussões sobre a reforma psiquiátrica brasileira e da reabilitação psicossocial presidente do departamento de saúde mental e dependência de substâncias da Organização Mundial da Saúde e da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial (1993-1996) (World Association of Psychosocial Rehabilitation, s/d). Faz-se comum, apesar de ser uma missão da associação propagar os princípios e práticas da reabilitação psicossocial e do *recovery*, ver o nome de Saraceno associado a reabilitação psicossocial adotada no Brasil, por ter sido ele o rosto desta divulgação.

3.1 Terapia Ocupacional

3.1.1 Breve histórico da Terapia Ocupacional – de sua origem ao contexto brasileiro

Em 2017, a Terapia Ocupacional celebrou seus 100 anos. Como marco histórico e de conhecimento, foi lançado o livro *The History of Occupational Therapy: The First Century* (REED; ANDERSEN, 2017). Nele, fatos e personagens históricos foram convocados à memória da profissão e à reflexão de seus praticantes. Tal fonte bibliográfica, assim como livros clássicos que recontam a história da Terapia Ocupacional no Brasil (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007; SOARES, 1991), serão utilizados neste tópico, além de outros que se fizerem necessários, por seus valores e contribuições à profissão. Ressalta-se que a apresentação da história da profissão nos Estados Unidos e no Brasil foi decidida por ter naquele país a sua origem e neste a realização da presente pesquisa. O propósito é apresentar a linha do tempo e pontuar singularidades de cada contexto que interferiram na construção e prática da terapêutica ocupacional.

Tanto no contexto norte-americano, quanto no brasileiro, a Terapia Ocupacional tem estreita ligação histórica com a psiquiatria, com ampla inserção de terapeutas ocupacionais em hospitais psiquiátricos. O tratamento nesse ambiente consistia em atividades ou trabalho para ocupar o tempo ocioso dos pacientes.

O tratamento moral, como é denominado o tratamento citado, foi organizado pelo psiquiatra Pinel, no século XVIII, e entendia o trabalho mecanizado, nos ambientes isolados, como ocupação terapêutica curativa (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017). Essas atividades também exerciam papel de manutenção dessas instituições, que se enchiam a cada dia ao receber os marginalizados pela sociedade: os imigrantes, os chamados doentes mentais, e os que ameaçavam a ordem social, como mulheres separadas e alcoólatras (SOARES, 1991; REED; ANDERSEN, 2017).

No fim do século XIX ocorreu a mudança de perspectiva de tratamento na psiquiatria para uma base biológica contribuindo para a queda do tratamento moral (REED; ANDERSEN, 2017).

Além das mudanças no campo da psiquiatria e da chegada dos imigrantes no cenário estadunidense, uma sequência de mudanças em sua sociedade contribuiu para a criação da profissão, suas crenças, valores e princípios. No fim do século XIX, a Revolução Industrial – um marco para a humanidade – mudou toda a perspectiva econômica e sociocultural da época.

Esta revolução gerou, dentre outras consequências, o surgimento do movimento de

artes e ofícios, que buscava restaurar o valor dos indivíduos por meio de atividades manuais; o surgimento do movimento Progressista, que acreditava em compartilhamento de conhecimento em diversos campos, como os da justiça social, da ciência e da reforma política; e o movimento de assentamento de casas (Settlement House Movement), que serviram como centros de pesquisa para estudar problemas sociais, econômicos e educacionais. Estes movimentos defendiam a justiça social e as reformas sociais. Tudo isso gerou mudanças que afetaram a qualidade de vida de todos. Estes movimentos influenciaram a criação da profissão (REED; ANDERSEN, 2017).

Nos primeiros anos do século XX, propulsores da Terapia Ocupacional envolveram-se na ciência, na prática e na promoção do uso terapêutico da ocupação. A Terapia Ocupacional intensificou suas práticas em várias partes dos Estados Unidos. Em 15 de março de 1917, os fundadores se reuniram para criar a *National Society for the Promotion of Occupational Therapy* (Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional), sendo esta a data oficial de criação da profissão no referido país. Hoje, a instituição é conhecida como Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA).

Os fundadores da Terapia Ocupacional vinham de *backgrounds* e interesses diversos (arquitetura, saúde, artes). No entanto, compartilhavam a crença de que a ocupação com significado poderia facilitar a restauração da saúde. As habilidades, interesses, crenças e valores diversos e comuns entre os fundadores fizeram-se presentes na fundamentação, além de tornarem-se objeto de estudo e prática da Terapia ocupacional (REED; ANDERSEN, 2017).

Segundo REED e ANDERSEN (2017), a recém-formada Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional estava ansiosa por provar o valor da profissão para a sociedade, ao participar dos cuidados aos soldados da Primeira Guerra Mundial. Trabalhar em prol de mudanças de hábitos para uma melhor qualidade de vida, motivar os pensamentos saudáveis, aumentar o foco, ter uma prática centrada no cliente, aumentar a autoestima e possibilitar a confecção de produtos para geração de renda, foram elementos que oportunizaram a inserção da profissão no contexto da guerra.

Os cursos de formação na emergência de guerra (primeira e segunda guerras mundiais) tinham como objetivo atender às demandas e, também, solidificar a profissão por toda a extensão dos E.U.A., a qual ficou conhecida por seu papel no tratamento de pacientes com questões neuropsiquiátricas, ortopédicas e advindas da tuberculose.

Nas décadas de 1920 e 1930, a busca por padrões na formação começou a ser notada e, ao longo dos anos, a criação de cursos tinha que atender a níveis de formação cada vez mais

altos. Relacionada aos altos padrões estava, também, a constante procura por legitimidade, uma vez que a profissão ficou por muito tempo submetida à orientação médica. Dessa forma, embora em sua criação a ocupação humana fosse o mote inicial, a Terapia Ocupacional perdeu vista disso ao buscar especializar-se cada vez mais no campo biomédico, chegando a estar atada ao modelo médico (REED; ANDERSEN, 2017).

Em 1940, a Terapia Ocupacional foi influenciada pelo movimento de reabilitação que promoveu auxílio aos deficientes da Segunda Guerra Mundial, provendo recursos para as terapias necessárias e treinamento de profissionais. Esse movimento gerou grande impulso para a profissão (REED; ANDERSEN, 2017).

No Brasil, nessa mesma década, a Terapia Ocupacional iniciou suas ações com os chamados, na época, doentes mentais e, posteriormente, com deficientes físicos, com foco em reabilitação física, social e econômica (SOARES, 1991). Segundo Soares (1991), as intervenções terapêuticas ocupacionais baseiam-se historicamente no trabalho, recreação e exercício.

A autora acrescenta que a profissão, em terras brasileiras, assim como no Canadá, Estados Unidos e Inglaterra também se desenvolveu devido ao movimento de reabilitação internacional, que contou com o apoio da ONU – Organização da Nações Unidas, e a OMS – Organização Mundial de Saúde. Essas organizações ofertaram auxílio financeiro para a formação de técnicos especializados em reabilitação, dentre eles os (as) terapeutas ocupacionais.

Ainda no Brasil, paralelo ao movimento reabilitador físico, havia uma efervescente psiquiatria impulsionada pela abertura de hospitais psiquiátricos que utilizavam da laborterapia – ou terapia pelo trabalho – em seus processos de tratamento. Na década de 1950, a atividade significativa como forma de terapia ganhou visibilidade com os trabalhos de Nise da Silveira, psiquiatra que nomeou o tratamento, assim intermediado, de Terapia Ocupacional.

Segundo SOARES (2007),

No Brasil, de 1948 a 1980 a profissão se institucionalizou. A formação profissional se iniciou por meio de cursos de treinamento em 1948 em saúde mental pela Dr.^a Nise da Silveira, depois em reabilitação física em 1956, mas o curso se tornou de nível universitário em 1961, pela Lei do Currículo Mínimo, com 3 anos de duração, tanto para a terapia ocupacional quanto para a fisioterapia. A lei do reconhecimento de ambas as profissões foi promulgada em 1969. (SOARES, 2007, p.7)

Enquanto no ano de 1969 a profissão era reconhecida no Brasil, nos Estados Unidos ela vivia um processo de expansão. De tal forma que, na década de 1970, naquele país, dentre

vários ocorridos, houve: o crescimento de escolas, com a criação do primeiro doutorado em Nova York; a mudança física da Associação para ficar mais próxima ao congresso e lutar por leis que beneficiassem a profissão e seu público; a criação da Associação de Terapeutas Ocupacionais Negros (*The Black Occupational Therapy Caucus – BOTC/1974*); o fortalecimento da atuação do profissional no contexto escolar mediante leis; a criação do comitê estudantil da Associação de Terapia Ocupacional (*The American Student Committee of the Occupational Therapy Association – ASCOTA*); a criação do comitê de ações políticas da AOTA (*The American Occupational Therapy Political Action Committee – AOTPA*); a criação, pela AOTA, de 5 áreas de interesse que se tornaram alvo de maior investimento educacional e prático (*Developmental Disabilities, Gerontology, Mental Health, Physical Disabilities, and Sensory Integration*); o desenvolvimento de estudos sobre a base filosófica da terapia ocupacional; a criação da primeira Terminologia Uniforme, início de pesquisas sobre a prática baseada em evidência na terapia ocupacional e momento em que são escritos os valores comuns da Terapia Ocupacional (*Occupation as the Common Core of Occupational Therapy*), os quais foram revistos em 2012 (AOTA, 2017).

A recém-criada terapia ocupacional brasileira, nos anos de 1970 vivia dois movimentos: um relacionado à necessidade de se aderir à ciência positivista e colocar a profissão no mercado de trabalho de forma competitiva; e o de se posicionar dentro das mudanças no cenário político e sociocultural.

No primeiro movimento, encontra-se uma terapia ocupacional similar à vivenciada nos Estados Unidos em seu início, aquela que buscava reconhecimento em um ambiente positivista, o médico. Nesse caminho, a mensuração do seu próprio trabalho e a promoção da independência funcional e inserção de seus clientes⁶ no mercado de trabalho competitivo (BARTALOTTI; DE CARLO, 2001) se sobressaem. O que chamamos aqui de movimento reabilitador foi uma necessidade imposta pelas transformações econômicas e políticas da época, perante a qual o Estado estava modificando seu papel e diminuindo suas políticas sociais.

Como o terapeuta ocupacional tem como seu maior empregador o Estado, e o Estado passou de certa forma a desvalorizar esse profissional, os terapeutas ocupacionais tiveram que

⁶ Paciente, cliente, sujeito, usuário, indivíduo ou pessoa, assim como os seus plurais e coletivos, são termos frequentemente utilizados por terapeutas ocupacionais para se referirem às pessoas para as quais realizam atendimento terapêutico ocupacional. A escolha pelo termo perpassa pela escolha de abordagem teórica (Humanista, Centrada no cliente, psicanálise, por exemplo) até às formas que o local de trabalho tem por hábito referir-se à população atendida (Rede de saúde pública x privada) ou ainda o local de trabalho associado à linha teórica de base.

aderir à nova realidade e buscar formas de se inserirem no mercado de trabalho competitivo. A desvalorização do Estado a essa profissão tem consequências até os dias atuais, traduzidas em um rótulo de profissão desvalorizada, o qual é necessário ser superado. (CAVALCANTE; TAVARES; BEZERRA, 2008).

O segundo movimento citado encontrava-se no bojo das discussões sobre os direitos humanos, direitos sociais e a saúde. A terapia ocupacional no Brasil surge em um país com questões sociais efervescentes. Os terapeutas ocupacionais, interessados em melhores condições de saúde para seus pacientes, envolveram-se com a reforma sanitária brasileira que culminou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), no fim da década de 1980 (ALMEIDA; OLIVER, 2001 *apud* BARTALOTTI; DE CARLO, 2001).

A reforma sanitária foi um movimento social forjado em um Brasil que vivia a ditadura militar (1964-1985), lutava contra a mercantilização da saúde e tinha como objetivo a universalização do direito à saúde como ato de cidadania. Além da criação do SUS, a reforma sanitária fomentou a criação de um campo de encontro epistemológico particularmente brasileiro: a saúde coletiva.

A emergência da saúde coletiva permite escapar dos cânones epistemológicos hegemônicos da ciência moderna, valoriza práticas e saberes produzidos coletivamente, abrindo caminho para uma justiça cognitiva⁷ ao se contrapor à distribuição não equitativa de conhecimentos, em suas múltiplas formas, a projetos tanto de apropriação privada de conhecimentos e saberes como, a desqualificação, eliminação desses saberes (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p.207)

A inquietação social, política e econômica no contexto brasileiro e o desenvolvimento da saúde coletiva ganharam corpo e definições na década de 1980, impactando diretamente a produção terapêutica ocupacional da época, tanto na assistência, quanto na pesquisa. No Brasil dos anos de 1980, a terapia ocupacional, oficialmente com 21 anos, estava engajada com movimentos sociais para além do cuidado em saúde, tinha um compromisso com a redemocratização do país e articulava a reforma sanitária, a luta antimanicomial, a defesa dos direitos de crianças e adolescentes e de pessoas com deficiência.

Essa experiência fez com que profissionais de terapia ocupacional fossem reconhecidos e fizessem parte de equipes com objetivo de propor o desenvolvimento e a implementação de programas e serviços que garantissem direitos essenciais. Além disso, faziam assessorias e consultorias de políticas e programas em saúde, assistência social,

⁷ Justiça cognitiva é um termo apresentado por Boaventura Sousa Santos (2007) que se refere a reconhecer os saberes heterogêneos. Reafirma a necessidade de aprender com o Sul e valorizar conhecimentos formais e informais (SOUSA SANTOS, 2007).

reabilitação, trabalho e/ou cultura (OLIVER; SOUTO; NICOLAU, 2018).

Nos EUA, já consolidada e com revista de publicação de suas práticas, reflexões e teorias, a Terapia Ocupacional da década de 1980 se voltava para questões de eficácia, eficiência e evidência científica, inclusão de seus serviços no sistema de saúde do país (*Medicare*) e planos de saúde. Criou a terminologia uniforme II e se envolveu com a saúde mental comunitária, além de questões sociais que impactavam a saúde e o bem-estar, como o direito ao estudo no ensino superior, garantido às pessoas com deficiência, e os direitos das pessoas com HIV (AOTA, 2017).

Acrescenta-se que, naquela década e país, a profissão se voltou às suas bases, negando uma visão reducionista, e aceitando colaboração de outras disciplinas para seu desenvolvimento (REED; ANDERSEN, 2017). Foi criada, então, uma ciência focada na ocupação humana, a qual auxiliou o desenvolvimento acadêmico, científico e prático da Terapia Ocupacional.

A Ciência Ocupacional (C.O.) não foi foco da terapia ocupacional brasileira, estando presente apenas recentemente nas produções nacionais (FOLHA *et al.*, 2014; COSTA, OLIVEIRA; CORREA, 2017). A utilização de várias ciências por terapeutas ocupacionais se deu aliada à diversificada demanda brasileira, em razão da sua riqueza populacional, socioeconômica e cultural, inclusive dentro de uma mesma cidade, o que refletia nos contextos de prática e pesquisas.

A busca por conhecimento levou ao encontro de várias teorias e ciências, além das culturas de cada terapeuta ocupacional e usuário, o que fomentou múltiplas formas de fazer terapia ocupacional. Fato observado, por exemplo, na formação de pós-graduações, nas quais os terapeutas ocupacionais brasileiros, assim como os norte-americanos, fizeram seus estudos em áreas afins de programas de pós-graduação existentes no país (psicologia, sociologia, educação e engenharia, por exemplo), com o esforço de transpor para o campo da terapia ocupacional.

No entanto, essas pós-graduações também eram condizentes com o contexto, cultura e singularidades brasileiras. Além disso, alguns profissionais foram estudar fora do país, principalmente nos EUA, trazendo formas de pensar alinhadas com a cultura, contexto e particularidades do modo de viver estadunidense. Todos esses encontros e misturas tecem a terapia ocupacional brasileira.

Na UFMG, instituição onde esta tese foi desenvolvida, a influência norte-americana está presente, pois, parte do corpo docente de Terapia Ocupacional fez mestrado e doutorado nos EUA. Outro exemplo dessa influência é a presença da ideia de desempenhos ocupacionais

construído pela AOTA nas bases curriculares da graduação em Terapia Ocupacional.

Esta tese não difere desse processo histórico vivenciado pela Terapia Ocupacional brasileira. É uma tentativa de correlacionar áreas afins: o lazer, a saúde mental e a terapia ocupacional.

Após breve histórico da terapia ocupacional, considera-se importante discorrer sobre a ciência criada por ela, seu objeto de estudo e intervenção no cotidiano de indivíduos, grupos, comunidades e populações.

3.1.2 Ciência ocupacional e ocupação humana

Essa certeza eu tenho: eu sou cozinheira. Eu cresci brincando de cozinhar [...]. Na casa das minhas avós a cozinha era o centro de tudo. [...] Então a minha infância e a minha adolescência se deram dentro desse espaço, com muita solidão (falando sobre o apartamento que morava sozinha com a mãe). E o que me resgatava da solidão era cozinhar. E eu cozinhava, voltava da escola e cozinhava. Ou eu copiava as minhas avós, ou eu copiava as culinárias da tv [...]. A cozinha me impactou muito, de duas formas. Eu tinha a cozinha da sedução: a cozinha da fartura, a cozinha apaixonante. E eu tinha a cozinha do ofício. Do não ter nada para fazer, mas encontrar dentro desse espaço algo para fazer, que me resgatasse, de um espaço onde eu não era feliz. [...] E eu me dei bem na cozinha, eu gostava de cozinhar, eu era boa para isso. (ENDEAVOR BRASIL, 2017)

O trecho anterior é uma fala de Paola Carosella, chef de cozinha e empresária muito conhecida no Brasil por sua presença em um programa mundialmente famoso chamado Master Chef.

Em sua participação no evento Endeavor Brasil (ENDEAVOR BRASIL, 2017), Paola se define como cozinheira. Ela conta sobre como a cozinha trouxe os cheiros, os barulhos, os encontros e os sabores para sua vida. Relata como o ato de cozinhar a marcou pessoalmente e a definiu profissionalmente. Ainda durante o evento, Paola Carosella explicou que o ato de cozinhar a resgatava, permitia-lhe expressar sua criatividade, acolhia, trazia a ela senso de competência, permitia sua socialização e a trazia para um espaço mais feliz.

A descrição de Paola do ato e ofício de cozinhar nos remete à conceituação de ocupação humana, fundamentada na Ciência Ocupacional clássica, como “pedaços de atividades da vida diária que podem ser nomeadas pelo léxico da cultura”⁸ (ZEMKE; CLARK, 1996).

Ciência Ocupacional é uma disciplina acadêmica, oriunda das crenças e valores da

⁸ Tradução literal feita pela autora. O original: “*chunks of daily activity that can be named in the lexicon of the culture*” (ZEMKE; CLARK, 1996, p.vii).

Terapia Ocupacional, em resposta a uma necessidade básica, que a profissão identificou no contexto estadunidense, de ter uma ciência que apoiasse sua prática e que afirmasse a importância da ocupação na vida humana (HENDERSON, 1996). Fundada em 1989, no Programa de Doutorado na Universidade do Sul da Califórnia, (ZEMKE; CLARK, 1996), a Ciência Ocupacional é aberta a várias formas de investigação. Além disso, não segue a perspectiva positivista e incentiva metodologia qualitativa, subjetiva devido à riqueza simbólica do objeto de estudo: a ocupação.

A Ciência Ocupacional clássica destina-se a estudar a forma, função e significado da ocupação humana (CLARK; WOOD; LARSON, 2002). Ela entende o ser humano como ser ocupacional, o qual busca se compreender a partir de sua ocupação. “Atribui ênfase às experiências do indivíduo na ocupação, da mesma maneira que à função da ocupação na sociedade e na cultura” (CLARK; WOOD; LARSON, 2002, p.12). Essa atribuição dialoga com o relato de Paola, que mostra vividamente a cultura na qual foi criada, as relações estabelecidas ao redor do ato de cozinhar, as sensações e a experiência dessa ocupação ao longo do seu tempo, da infância à fase adulta.

Os aspectos observáveis da ocupação são nomeados de “formas da ocupação” (CLARK; WOOD; LARSON, 2002, p.13). Ou seja, “o que as pessoas fazem, as circunstâncias em que fazem, e como fazem em relação ao tempo, espaço e desempenho são estudos da forma ocupacional”. (CLARK; WOOD; LARSON, 2002, p.13). A “forma” está em íntima relação com o contexto, algo que Paola delineia ao nomear a cozinha da casa da avó, que tinha fartura e modos de cozinhar orgânicos, e a cozinha do apartamento de sua mãe, onde se sentia só e com poucos ingredientes. A organização, as estratégias que encontrava em cada maneira e o contexto de cozinha referiam-se também à forma da ocupação cozinhar.

Outro elemento presente no entendimento de ocupação humana apresentado pela Ciência Ocupacional clássica é a “função”. Conhecer o propósito de uma ocupação é o que marca esse elemento, e entende-se que uma mesma ocupação pode ser interpretada como positiva ou negativa, dependendo da maneira como é realizada. A atividade física é um exemplo de como uma ocupação pode exprimir função positiva para a saúde, mas que em excesso pode ser danosa.

A Ciência Ocupacional apresenta, ainda, o “significado” como terceiro elemento da ocupação humana. Ocupações significativas se relacionam com o cotidiano e a cultura, uma vez que as interpretações de cada pessoa sobre seu fazer estarão influenciadas fortemente por suas raízes culturais. Ocupações criam, recriam e ressignificam processos culturais.

Além disso, o estudo do significado das ocupações interroga como os sentimentos

“emergem das experiências cotidianas e como estas experiências vinculam a uma significativa história de vida” (CLARK; WOOD; LARSON, 2002, p.16). Um exemplo é quando Paola fala que a cozinha na casa da avó “era o centro de tudo”. Paola Carosella apresenta, assim, uma interpretação do significado da ocupação cozinhar.

Ao considerar o contexto da casa da avó de Paola, crê-se que cozinhar era um ato de reunião de família, de compartilhamento e de encontro. Paola, depois, recria essa cultura familiar, ao dizer que cozinhar, para ela, também tinha o sentido de fartura, vivenciado na casa da avó.

A partir dos três elementos elencados pela Ciência Ocupacional clássica – forma, função e significado – (ALVAREZ *et al.*, 2007), podemos compreender a ocupação humana e ter a dimensão da ocupação como um constructo complexo, tecido em redes de relações e objetos. A ocupação tem interações com saberes diversos e constante aporte teórico e prático de várias áreas de conhecimento. Assim, apesar de ter sido fomentada no âmbito da Terapia Ocupacional, a Ciência Ocupacional expandiu-se e, hoje, é estudada por sociólogos, antropólogos, profissionais e pesquisadores da saúde, educação e humanas.

Diz Navarrete (2010) que “a Ciência Ocupacional constitui uma forma de pensar o homem não apenas biopsicossocial e espiritual, mas também ocupacional em prol de seu bem-estar e qualidade de vida” (p. 133). Essa afirmação reforça o raciocínio desenvolvido a partir e centrado na pessoa em correlação com o ambiente/contexto. Recentemente, estudiosos da Ciência Ocupacional, afetados pela filosofia pragmática (MORRISON, 2017) e, principalmente, pelas mudanças no mundo, tem desenvolvido uma C.O. transacionalista. Nesta, o raciocínio parte de todas as relações que o contexto macro tem com a pessoa e vice-versa.

Malcolm Cutchin, um psicólogo com mestrado e doutorado no campo da geografia e experiência como professor em departamentos de Terapia Ocupacional, e Virginia Dickie, terapeuta ocupacional com doutorado em antropologia e professora emérita da Divisão de Ciência Ocupacional e Terapia Ocupacional da Universidade da Carolina do Norte – Chapel Hill, desenvolveram reflexões e uma proposta de Ciência Ocupacional transacionalista a partir das contribuições de John Dewey, filósofo pragmatista do século XX. Os autores afirmam que a preocupação de uma teoria e de uma ciência deve ser a de criar um mundo melhor “está conectada logicamente a necessidade de saber como ocorre a ação.” (CUTCHIN; DICKIE, 2012, p. 1, tradução livre da doutoranda)

Para os cientistas da ocupação, essa preocupação com a ação é necessária por pelo

menos duas razões. Em primeiro lugar, essa ação é central para a compreensão da ocupação em si, uma vez que todas as ocupações são uma forma de ação (Cutchin *et al.*, 2008). Em segundo lugar, a atitude pragmática e a correspondente teoria da ação - que ficou conhecida como transacionalismo - parecem ser particularmente importantes para uma ciência da ocupação preocupada com questões que falam em fazer um mundo melhor, como justiça social, inclusão e participação. O transacionalismo desafia os terapeutas ocupacionais a pensarem de forma diferente sobre o conceito mais central da disciplina, ocupação (CUTCHIN; DICKIE, 2012, p. 1). Tradução livre com recursos de tradução online)

Para Cutchin e Dickie (2012), a relação entre pessoas e ambiente na Ciência Ocupacional clássica não explicitava a complexidade das relações e das experiências, que transcendiam o âmbito individual e singular, apesar de serem estes elementos importantes para a vivência.

O enfoque de Dewey na "situação problema" como base para a ação humana e como as pessoas "se coordenam" com seu ambiente, mais frequentemente estruturando o contexto do que se adaptando pessoalmente, foi proposto como um ponto de vista teórico mais útil. Parte do argumento nesse estágio era que os ambientes físicos, sociais e culturais humanos sempre fazem parte de quem eles são, como pensam e o que fazem. Consequentemente, seu pensamento / ação (ocupação) foi sugerido como algo em relação contínua com o meio ambiente (CUTCHIN; DICKIE, 2012, p.2 Tradução livre com recursos de tradução online).

Nesse sentido, a ocupação não deve se centrar no ambiente, mas analisar de forma ampla o contexto das pessoas, grupos, comunidades e suas relações dinâmicas. A pandemia do COVID-19, neste ano de 2020, é um excelente exemplo para se refletir sobre a perspectiva transacionalista, em que ambiente não é a mesma coisa que contexto. Este último é mais amplo, complexo e sua compreensão requer interesse nas relações dinâmicas entre o macro e o micro, e inclui os fatores ambientais (físicos e virtuais, por exemplo) e os pessoais, os quais são únicos de cada pessoa, população, comunidade (como ser preto ou LGBTQ+, por exemplo).

Apoiados na proposta de ‘coordenação funcional’ de Dewey, Cutchin e Dickie (2012) explicam que, para alcançar a funcionalidade e maximizá-la, é necessária uma coordenação entre ambiente – para além de um local restrito – e pessoa.

Na visão transacionalista essa coordenação funcional se dá por meio

Da reestruturação dinâmica e coordenada da relação da pessoa com a situação. É esse foco na ação inerente às relações entre as coisas (pessoas e aspectos de seu ambiente), e a ação à medida que essas relações são modificadas de alguma forma, que faz do transacionalismo uma teoria relacional (CUTCHIN; DICKIE, 2012, p. 3).

Assim, na Ciência Ocupacional transacionalista, a ocupação se dá como uma ação

relacional com os diversos fatores que influenciam ou são influenciados pela situação e os elementos que participam dela, por exemplo: pessoa/comunidades; políticas públicas; ocupação. Em resumo, a perspectiva transacionalista permite que a ciência seja mais assertiva ao contexto em que se desenvolve.

Portanto, ainda que construída por autores norte-americanos, a partir de suas vivências com lentes para a cultura e sociedade nas quais passaram a vida, a ciência ocupacional transacional permite uma leitura relacional com o contexto onde está sendo desenvolvida/aplicada/testada, moldando-se às realidades e sendo moldada por elas.

Neste caminho, a perspectiva histórico social, as políticas públicas e as relações culturais são importantes para o desenvolvimento da ciência e da compreensão da ocupação que não focam apenas no indivíduo. “Uma conclusão lógica, portanto, é a que os cientistas da ocupação devem incorporar a situação como parte de qualquer estudo sobre experiências ocupacionais” (CUTCHIN; DICKIE, 2012, p. 5. Tradução livre da doutoranda).

Esta afirmação talvez seja uma novidade para os cientistas da ocupação, visto que podem ser profissionais das mais diversas disciplinas, mas não é nova para terapeutas ocupacionais, os quais, para decidirem como atuar, precisam saber da narrativa de vida da pessoa e como as situações e contextos se relacionam negativamente e positivamente com esta.

Assim, enquanto a Ciência Ocupacional clássica foca no fenômeno/ocupação/demanda ocupacional e se propõe a saber as singularidades da experiência do indivíduo, ela não expande a compreensão para o contexto e suas interações comunitárias.

A questão é que os cientistas da ocupação devem tentar incluir os problemas sociais ou comunitários na estrutura de suas pesquisas. Se a ocupação é importante, então a comunidade - como você a define - também importa. A atitude pragmática indica que a preocupação com a justiça social, inclusão e participação nunca pode realmente ser separada do estudo da ocupação⁹. (CUTCHIN; DICKIE, 2012, p. 5. Tradução livre da doutoranda)

Pensando na população atendida por terapeutas ocupacionais nesta pesquisa, as pessoas em sofrimento mental, talvez não seja tão linear a transposição da ciência ocupacional constituída em termos de forma, função e significado, porque, em uma realidade em que pessoas estão marginalizadas, as ocupações humanas nem sempre passam por escolhas

⁹ Citação original: El punto es que los científicos de la ocupación deben procurar incluir los problemas sociales o comunitarios en el marco de sus indagaciones. Si la ocupación importa, entonces la comunidad – como sea que se defina – importa también. La actitud pragmática refiere que la preocupación por la justicia social, la inclusión y la participación nunca puede separarse realmente del estudio de la ocupación. (CUTCHIN; DICKIE, 2012, p. 5)

significativas. Às vezes a necessidade da vida faz as pessoas se ocuparem deixando serem exploradas e/ou não sendo valorizadas em todas as suas potencialidades.

A perspectiva transacionista, então, parece um caminho possível para pensar as relações íntimas, no contexto maior em que as ocupações acontecem. Ainda assim, como a Ciência Ocupacional clássica, a transaccionalista enfrenta tensões para alcançar outros espaços que não apenas o estadunidense.

Como ilustrado anteriormente, a partir da linha histórica da terapia ocupacional nos Estados Unidos e no Brasil, o contexto sócio, político, histórico, econômico e cultural tem enorme influência sobre como se apresentam os conceitos, teorias, paradigmas e fazeres. Neste sentido, a ocupação pode ser entendida de forma mais ampla, em especial por países com forte disparidade socioeconômica e cultural, como ocorre no Brasil e em muitos países da América Latina, ainda resilientes frente aos impactos de seus períodos de colonização (sejam advindos da exploração de riquezas e pessoas, sejam da exploração artística e de expressão de saberes ancestrais).

Nesta perspectiva, o entendimento sobre ocupação deve agregar as dimensões políticas, sanitárias, culturais, sociais e de direitos humanos (MORRISON; OLIVARES; VIDAL, 2011 *apud* SILVA *et al.*, 2017). Estas dimensões se dão de forma sistêmica e complexa, além de influenciarem diretamente os modos de se ocupar.

Dessa forma, a frase de Navarrete (2010), a qual afirma que “o objetivo da Ciência Ocupacional é gerar uma base sistemática de descrição e compreensão da participação das pessoas em suas ocupações e prover o conhecimento básico que apoie a prática aplicada da Terapia Ocupacional”¹⁰ (p.136) cabe ao se limitar à Ciência Ocupacional Clássica, mas carece de ampliação do elemento relacional com as diversas dimensões que compõem, afetam e são afetadas pela vida da pessoa.

Talvez o desafio que ela afirma haver para o terapeuta ocupacional, em traduzir os preceitos teóricos para a prática alinhada à cultura e contexto do sujeito para quem se destina a intervenção, não seja tão intenso em uma perspectiva transacionista, já que estes profissionais são formados para realizar essa análise relacional ampla e densa. Talvez o desafio seja restringir a análise.

Certa vez, uma amiga contou-me que, em outra ocasião, um psiquiatra de um grande hospital em São Paulo comentou: “Terapeutas Ocupacionais são barrocos”. Ele a chamou de

¹⁰ Tradução literal feita pela autora. O original: “descripcion y comprension de la participacion ed las personas em sus ocupaciones; y proveer el conocimiento básico que apoye la practica aplicada de la T.O.” (NAVARRETE, 2010, p.136).

barroca por ela se debruçar a entender as relações que influenciavam o modo de ocupar o cotidiano de um paciente, refletindo deste as opressões, as potencialidades, as vivências culturais e as relações, bem como o exercício da cidadania entremeados, além de outras características.

Ainda que os terapeutas ocupacionais tenham aprendido a limitar suas habilidades barrocas aos contextos e demandas dos locais de trabalho (atendimento de 30 minutos por plano de saúde, por exemplo), o seu raciocínio profissional se baseia no cotidiano e nas ocupações que o preenchem, as quais não são aleatórias. As ocupações apresentam sentido, metas, estão calcadas na cultura da pessoa, expressam elementos pessoais (JARMAM, 2010) e estão entremeadas em dinâmicas políticas, culturais e econômicas passadas, presentes e as com projeções no futuro.

As ocupações também exprimem os valores da sociedade, sendo mais ou menos apreciadas de acordo com os contextos sociais da época, além de serem mais ou menos atribuídas a um ou outro gênero. Dentre as diversas ocupações humanas, encontra-se o lazer.

3.2 Lazer

3.2.1 Lazer: uma dimensão da vida humana

Uma vez que esta tese discorre sobre uma pesquisa realizada com terapeutas ocupacionais da saúde mental, os quais trabalham com pessoas que muitas vezes não atuam em trabalhos formais e/ou mesmo desempenham tarefas obrigatórias regularmente em casa e/ou outros espaços, autores que balizam o entendimento de lazer como tempo livre, o trabalho ou atividades obrigatórias, como por exemplo, Stebbins, Marcellino e Dumazedier, não se adequam às reflexões neste estudo.

Na procura por autores, principalmente brasileiros, que não expusessem o entendimento de lazer a partir da dicotomia com o trabalho ou com o tempo liberado de obrigações, destacou-se Christianne Luce Gomes, de Belo Horizonte/Minas Gerais, município onde esta investigação foi realizada. Um elemento importante que a autora apresenta junto a uma colega pesquisadora é o constructo do lazer na realidade brasileira ser comumente entendido como “descanso, folga, férias, repouso, desocupação, distração, passatempo, hobby, diversão, entretenimento, tempo livre” (GOMES; PINTO, 2009, p.68-69). Além disso, o lazer é associado às práticas culturais, como esporte e música, ou às ações, tais como viajar e assistir à televisão (GOMES; PINTO, 2009).

No entanto, compreender o lazer por prática e/ou experiência é restringir sua amplitude, uma vez que cada sentido ressoa de forma diferente nas pessoas. Sendo assim, lazer ou não lazer é definido de acordo com a vivência daquela pessoa que o usufruiu, ainda que extremamente calcado na cultura em questão. Por exemplo, dançar cueca¹¹ pode ser um lazer para um (a) chileno (a) por ser uma dança que aprendem desde pequenos e que faz parte das *fiestas patrias* do país, em setembro, mas pode ser extremamente penoso para um (a) imigrante que ainda passa por preconceitos diante da imigração e para quem a dança pode significar uma ferramenta de inclusão forçada na cultura local.

Gomes (2004) diz que “o lazer é uma dimensão da cultura construída socialmente, em nosso contexto” (p.123). Gomes (2014) evidencia a ludicidade, as manifestações culturais e o tempo/espaço social para compreender o lazer.

- 1) Ludicidade: a capacidade de o ser humano alcançar seu ser brincante, relacionar-se, conhecer e desbravar por meio dele. Apesar de ser constantemente relacionado ao brincar infantil e ao jogo, o lúdico está presente em todas as fases da vida e requer movimento da pessoa para que aconteça. Pode, no entanto, ser cerceado por regras pessoais ou societárias, por tradições e costumes. Uma vez que a ludicidade se expressa nas práticas culturais, ela pode ser validada, por entendimento ou disposição a entender os modos de fazer de outros, com redução de estigmas, microagressões e preconceitos. A ludicidade também se intercomunica com a sensação de “viver aquilo de novo”.
- 2) Manifestações culturais: As manifestações culturais são práticas sociais permeadas pelo lúdico, cujas expressões, embora sejam singulares àqueles que as vivenciam, conectam-se com outras pessoas e contextos, pois, são atravessadas pelas influências, impactos e dinamismos das culturas locais e globais.
- 3) Tempo/Espaço Social: refere-se a interconexão entre o tempo e o espaço onde o lazer ocorre, em sentido que vai além do ambiente e inclui as relações de poder, as singularidades humanas e as da natureza. O tempo social e o espaço social são indissociáveis. Assim, ao se pensar o lazer por este elemento deve-se ter clareza que um influencia e constrói o outro.

Ao apresentar esses pontos para compreensão do lazer, a autora convida o leitor a refletir sobre esta e as outras interfaces da vida, conectado à cultura, calcado nela e abarcado por ela. A partir dos elementos elencados, é evidenciado o seguinte entendimento sobre o

¹¹ *La Cueca* é a dança nacional chilena, tem suas raízes nas culturas africanas e indígenas e simboliza o cortejo entre uma galinha e um galo. Dança-se em um círculo imaginário e com um lenço (BISPO, 2008).

lazer: “uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espaço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações” (GOMES, 2004, p. 123).

Nessa perspectiva, o lazer produz e é produzido pela cultura em um tempo/espaço marcado pelas tensões das vivências sócio-históricas daquela sociedade. Portanto, um fenômeno que deve ser compreendido de forma mais ampla que práticas ou ações, mas como uma dimensão da vida do sujeito, criada e vivenciada na cultura em que cada indivíduo ou coletividade se insere. Uma dimensão que não acontece de forma alienada ou descontextualizada com a política, a economia, o desenvolvimento humano, ainda que permeado pela ludicidade daqueles que a vivem. Uma faceta da vida a estar no equilíbrio possível com as outras facetas, como a educação e o trabalho.

Dinâmico, o lazer e a compreensão sobre este são marcados pelos valores da sociedade de cada época, pelas compreensões de ser humano e valores, princípios éticos e morais locais e globais. Uma vez que conceitos não são estanques e podem mudar em cada época (GOMES, 2011), será utilizado o termo entendimento ou compreensão ao invés de conceito, explicitando assim quão movediço, impermanente e repletos de possibilidades de ganho de sentidos as compreensões sobre um campo, fenômeno ou área podem ser.

Se, antes de 1988, na República Federativa do Brasil, o lazer era um constructo do qual as pessoas poderiam fazer uso em seu tempo livre de obrigações cotidianas ou laborais, é neste mesmo ano que ele passa a se fazer presente na Constituição Federal como um direito. Ele se estabelece como um direito social garantido ao lado de outros direitos sociais como educação, previdência social, saúde, trabalho e outros. O lazer constitucionalmente é entendido como uma das necessidades da população urbana ou rural a ser suprida (GOMES; ISAYAMA, 2015). Já no parágrafo terceiro do artigo 217, é apresentado como dever do Estado e amplia esse dever à família e a sociedade (GOMES; ISAYAMA, 2015).

Entretanto, o fato de a Constituição Brasileira trazer o lazer em seu corpo sem apresentar portarias ou leis que gerenciem como ele deve ser implementado, desenvolvido e/ou avaliado nas políticas públicas abre oportunidade de instabilidade sobre como esse direito deve ser regulamentado e fomentado pela União. Ao mesmo tempo, isso promove formas distintas e singulares de expandi-lo junto a contextos tão diversos em um país tão plural.

Nesse viés e considerando as reflexões advindas das percepções que apresentadas, até aqui, por Gomes e seus colaboradores, entende-se nesta tese o lazer como um fenômeno presente e entremeado no cotidiano das pessoas, compreendido como uma necessidade básica e direito de todo cidadão brasileiro. Portanto, o lazer deve ser fomentado não apenas pelo

próprio cidadão, mas pela sociedade da qual ele faz parte e pelo Estado.

Além disso, afirma-se neste trabalho que o lazer (ou lazeres) é (são) dinâmico (s) e dialoga (m) com os diversos contextos econômicos, políticos, culturais e sociais das pessoas, bem como as subjetividades de cada um. Sendo assim, uma ocupação humana complexa, que influencia seu tempo histórico e por ele é influenciada, abarca e é abarcada por singularidades culturais e deve ser garantida como necessidade básica à população.

Nessa perspectiva, refletindo sobre o lazer concernente à política de saúde mental, concretizá-lo como um direito social, por meio das políticas públicas, “é essencial para o exercício da cidadania plena, sendo imprescindível para uma vida com dignidade” (GOMES; YSAIAMA 2015, p.2). A ausência ou a frouxidão na execução de política pública que efetive esse direito aumenta a desigualdade social. No caso da saúde mental, pode-se afirmar que reforça o estigma e marginalização, historicamente construídos, aos usuários com transtorno psiquiátrico, ao limitar e criar barreiras “sólidas” contra a visibilidade social.

Pensando na etimologia da palavra lazer, a qual remete ao latim – *licere* – e significa ser permitido, poder, ter o direito (GOMES; PINTO, 2009), o que é permitido em um contexto no qual as colonialidades globais ainda estão presentes e ditando o que pode ou não ser realizado em termos ocupacionais e no lazer?

Este estudo questionou os profissionais terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa, considerando a realidade dos sujeitos por eles atendidos: em qual perspectiva de lazer estes profissionais trabalham? Consideram essa perspectiva em seus raciocínios clínicos? Quais elementos das diversas dimensões sociais consideram neste processo?

Ressalta-se que este estudo partiu do princípio que lazer é uma ocupação humana, a qual é uma dimensão da cultura e da qual os seres humanos necessitam. Sendo assim, faz se importante esclarecer o que se entende como lazer como ocupação, assim como porque ele é uma dimensão da cultura humana e uma necessidade.

Ao que compete a cultura discorreu-se nos escritos iniciais deste tópico ao trazer as reflexões de Gomes (2014). Ainda assim, enfatiza-se a importância das ações humanas como forma de apresentar, modificar, reforçar e criar cultura. Cultura é um termo denso marcado pelo momento histórico e complexo de cada época. Em um diálogo entre o lazer como dimensão da cultura e a geografia, Gomes e Arosteguy (2020) apontam o lazer como fenômeno que pode auxiliar a compreensão da relação de grupos sociais com o território. Território pensado como campo geográfico de relações variadas. Nesse sentido, observar o lazer como dimensão da cultura é observar também as mudanças e manutenções nas relações,

territórios, e expressões destes e outros elementos pertinentes a sociedade de um determinando tempo histórico e social.

A Ciência Ocupacional Clássica apresenta ocupação como “pedaços de atividades da vida diária que podem ser nomeadas pelo léxico da cultura”¹² (ZEMKE; CLARK, 1996) e se apresenta em forma, função e significado. Ao pensar o lazer por este viés, pode-se compreendê-lo como atividades que acontecem no dia a dia e que são nomeadas a partir das vivências culturais. Nesse sentido, destrinchando o conceito recém citado, ocupação ou atividades¹³ são as ações, práticas, experiências que conectam o dia a dia/ rotina ou cotidiano e, por se desenvolverem em íntima relação com a sociedade e a cultura vigente, são nomeadas por ela, como uma tradução da experiência cultural. O léxico cultural é mutável e pode impactar e ser impactado pela ocupação e como ela se conecta ao dia a dia da pessoa.

A partir deste conceito de ocupação o lazer compreendido como tal, é, portanto, ocupação ou atividades que se desenvolvem no dia a dia em plena ressonância com a cultura da qual a pessoa faz parte e se apresenta de forma possível de observar sua forma, função e significado. A exemplo disso, temos as danças e os jogos e brincadeiras infantis que se apresentam em ambientes e contextos entremeados com a cultura vigente, explicitam significados culturais e funções, muitas vezes, específicos da sociedade em que ocorrem e até mesmo a reproduzem em suas hierarquias, estratégias de sobrevivência e modos de viver cotidianos.

Assim como pela perspectiva da Ciência Ocupacional Clássica é possível compreender o lazer como ocupação, pela Ciência Ocupacional Transacional também. Faz-se possível observar o lazer como ocupação conectada com o que impacta e, como impacto das ações dos seres humanos em seus cotidianos. Vide o lazer como ato político, em que as pessoas se encontram para clamar direitos e reafirmar sua posição frente a opressões. Reforça-se que o que é ou não lazer parte do que a pessoa entende como tal, assim para algumas pessoas, participar de manifestações é um lazer. Um lazer que requer ação, que luta pelo singular e o coletivo e que pensa sobre as ações macro e os impactos desta no viver diário. E nessa perspectiva, portanto que o lazer também pode ser compreendido como ocupação pelo viés da Ciência transacional.

A partir das reflexões expostas, reflete-se sobre a ocupação lazer como necessidade

¹² Tradução literal feita pela autora. O original: “*chunks of daily activity that can be named in the lexicon of the culture*” (ZEMKE; CLARK, 1996, p.vii).

¹³ Apesar do termo ocupação ser mais utilizado em países de língua inglesa remetendo ao nome da profissão, no Brasil os termos atividade humana e ocupações são utilizados por vezes com o mesmo significado, de forma hierárquica ou ainda forma contraditória (SALLES; MATSUKURA, 2016)

humana. Gomes (2014) afirma, a partir da ideia de lazer como campo de estudo, que ele é uma necessidade humana. Para tal ela buscou compreender quais são as necessidades humanas.

Baseado em diversos aportes teóricos, da Antropologia as variações da Psicanálise, e sua própria prática clínica, Maslow categoriza as necessidades humanas básicas em sete (SAMPAIO, 2009):

- necessidades fisiológicas – homeostase, impulsos, fome, por exemplo;
- necessidades de segurança — Estabilidade e controle sobre as mudanças do ambiente gerando sensação de segurança ao indivíduo;
- necessidades de pertença e amor — Compartilhamento de afeto desde em amizades a expressões diversas de sexualidade;
- necessidades de estima — compreende ao se sentir adequado e desejado em relação a si mesmo e pelos olhares de outros;
- necessidades de autorrealização ou autoatualização — refere se ao potencial de cada pessoa e a necessidade de evidencia-lo, explora-lo;
- desejos de saber e de entender — desejo de compreender e desenvolver relações e significados;
- necessidades estéticas — interesse pelo belo, sendo este vivenciado de diversas formas inclusive de forma simples. Presente em todas as culturas e idades

Maslow afirma que as necessidades não são hierárquicas, pelo contrário, ele apresenta uma perspectiva holística, em que as necessidades básicas são dinâmicas entre si.

Nós devemos preservar-nos da fácil tendência a separar estes desejos das necessidades básicas que discutimos acima, isto é, de fazer uma dicotomia marcada entre necessidades cognitivas e conativas. O desejo de saber e de entender é conativo em si, isto é, possui a característica de conduzir a um objetivo e é uma necessidade da personalidade assim como as necessidades básicas que já discutimos (MASLOW, 1954, p.97 *apud* SAMPAIO, 2009, p. 9).

Apoiado em Maslow e em outros teóricos, o chileno Max-Neef desenvolve reflexões interessantes sobre as necessidades humanas. Assim como Maslow, Max-Neef acredita que os seres humanos possuem múltiplos potenciais e necessidades e, devem ser compreendidos como um sistema e não de forma hierarquizada.

No entanto, Max-Neef e colaboradores avança ao diferenciar necessidades de satisfação. Segundo o autor as necessidades são finitas, mas a forma de satisfaze-las são inúmeras (MAX-NEFF; ELIZALDE; OPENHAYN, 2010). Nessa lógica, uma pessoa pode ter necessidade de caminhar, conhecer pessoas e comer, ou seja, mais de uma necessidade ao

mesmo tempo. Elas podem se complementar e até, ao satisfazer uma, pode se satisfazer outra como a caminhada a padaria perto de casa. As mesmas necessidades poderiam ser satisfeitas de outras formas. O autor e seus colaboradores lembram que as necessidades têm uma tensão singular entre carência e potência (MAX-NEFF; ELIZALDE; OPENHAYN, 2010).

Embora seja claro que há necessidades que precisam ser satisfeitas com urgência para a manutenção da vida, os autores supracitados evidenciam que necessidade não significa ausência de potência, mas é em si uma oportunidade de investimento na pessoa, grupo ou comunidade. Até mesmo na forma de buscar satisfazer essas necessidades, uma vez que o sistema econômico, político e cultural que influenciara as formas de satisfazer ou não essas necessidades. Na perspectiva de satisfazer ao invés de sanar, há sempre espaço para mais desenvolvimento da (s) necessidade (s) em questão e de formas individuais e, principalmente coletivas de busca da satisfação destas (MAX-NEFF; ELIZALDE; OPENHAYN, 2010)

Por fim, lembra-se que a associação lazer como ocupação humana, seja na perspectiva clássica ou transacional, entendida como necessidade humana e dimensão da cultura assim como quaisquer ocupações humanas, pode também ser vivenciado de forma a gerar reflexões, prazer, afeto, ludicidade em subjetividades e modos de viver próprios e, em toda a sua complexidade e transações, pode ser um potencial transformador. Por isso, no recorte desta pesquisa que é o campo da saúde mental, reflexões devem ser geradas sobre como efetivar o direito ao lazer dialogicamente com a política de saúde mental brasileira.

3.3 Saúde mental

A saúde, amplamente conhecida pelo seu contraponto doença, tem, ao longo dos anos, aumentando o entendimento de si ao compreender a quem se dedica, o contexto e o lugar em que ocorre, o que impacta, o que influencia e suas interações com outros conceitos, como funcionalidade e cuidado (OMS/OPAS, 2003).

A Organização Mundial da Saúde, em seu documento constituinte, propõe compreender saúde como um direito fundamental, sem distinção de raça, religião, crença política, condições econômicas ou social (WHO, 2000). Apresenta como princípio que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2000, p.1). No entanto, ao relacionar saúde a uma busca pelo bem-estar, na qual deve a pessoa possuir ao mesmo tempo equilíbrio físico, emocional e social, a OMS trouxe uma saga utópica de um santo graal, ou seja, uma busca por algo inalcançável.

A afirmação da OMS não responsabiliza, diretamente, pessoas, governos ou sociedades, mas insinua um equilíbrio entre dimensões da vida que requerem transações intensas entre elas, e que nem sempre dependem apenas de um lado da negociação. Como exemplo, tem-se um meme que circulou em redes sociais em 2020, o qual trazia uma mulher listando suas atividades – fazer atividades físicas, sair com os amigos, cuidar dos filhos, estar bem consigo mesma esteticamente, estudar, trabalhar 40 horas, estar bem emocionalmente – e que terminava em uma caixinha, onde se poderia marcar que ela era um robô. Para muitas mulheres, estas tarefas podem surgir como mais uma e não impactar o dia a dia, mas, para outras, podem gerar sobrecarga. A busca pelo equilíbrio perpassa a expectativa social que se tem ou se cria sobre as pessoas em seus contextos sociais, familiares e de labor.

Ainda que seja uma falácia a crença de equilíbrio em todas as dimensões da vida (social, econômica, emocional, físico, etc.), tal conceito, de certa forma, estabelece um aspecto motivador. Essa definição auxilia a sociedade a ter um norte do que seria o ideal de saúde e, assim, os indivíduos podem fazer o melhor por si e pelos seus, pois, estimula mudanças significativas em hábitos e modos de viver para alcançar esse objetivo. Também pode ser um norte para incentivar políticas públicas em várias nações, as quais se responsabilizem pela sua parcela no fomento e manutenção deste equilíbrio.

Ressalta-se que a conquista da saúde passa por participações múltiplas, que incluem o cidadão, o Estado, as organizações privadas, as sem fins lucrativos, bem como outros setores da sociedade.

Nesse sentido, a existência e garantia desse direito no cotidiano se faz possível quando se pensa em corresponsabilidades e em atitudes coletivas. Portanto, saúde é um direito em nível do indivíduo e de grupos, de conquista e luta individual e coletiva. Essa perspectiva dialoga estreitamente com a construção da saúde mental, não apenas como conceito, mas também como política pública.

Nos subtópicos que se seguem, será não apenas reconhecida a história da psiquiatria, mas discutida a sua mudança para uma lógica que abarca o cuidado psicossocial no território e que se estabelece como política pública.

3.3.1 Da Psiquiatria à Saúde Mental

Franco Basaglia, psiquiatra italiano, figura icônica da reforma psiquiátrica italiana, em uma conferência em São Paulo, em 1979, ao refletir sobre a história da psiquiatria, afirmou que, embora tenha esta nascido com cunho libertador ao retirar os então chamados de doentes

mentais das prisões comuns, também os aprisionou novamente em manicômios.

Na busca por responder a uma problemática social da época, a psiquiatria se tornou um elemento opressor. Um exemplo desse comportamento, segundo ele, é que na história da psiquiatria há grandes alusões aos nomes dos psiquiatras, e aos usuários estão associados apenas sintomas e doenças (BASAGLIA, 1979 *apud* PORTOLESE; FIGUEIREDO; MASCARENHAS, 1979). Diz o autor:

Éramos adestrados e condicionados a agir de modo a conservar a ordem social na qual éramos inseridos. Era-nos delegado o exercício da violência e a incorporar no doente a nossa conduta. O paciente vinha à clínica universitária, espécie de ante-sala do manicômio, incorporava a punição implícita no diagnóstico era usado como objeto de estudo e depois mandado de volta ao manicômio onde estava sendo destruído (BASAGLIA, 1979 *apud* PORTOLESE; FIGUEIREDO; MASCARENHAS, 1979, p. 7).

Embora Basaglia estivesse referindo-se à prática médica na psiquiatria de seus anos de estudos, os quais se iniciaram em 1943, na Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Padova (OLIVEIRA, 2016), seu relato não muito se distancia do descrito por Foucault em seu livro *História da Loucura* (1972).

À cada época, a sociedade segrega uma parte de si e dos seus. No século XII, eram os leprosos, que, após o desaparecimento da doença entre os séculos XIV e XVII, deixam estruturas a serem ocupadas por pessoas com doenças venéreas e, séculos mais tarde, por pobres, presidiários, alienados, mantendo o jogo da exclusão. (FOUCAULT, 1972).

Por um século e meio (tendo como início a fundação do Hospital Geral de Paris em 1656), os loucos estiveram reclusos aos muros manicomialais (FOUCAULT, 1972). Estar dentre esses muros, seja em Paris ou no Brasil, significa até os dias atuais estar sob a jurisdição de uma soberania na qual o louco pouco ou nada pode.

A visão que se tinha sobre o louco foi mudando ao longo dos séculos. Antes do século XVIII, não representavam ameaça a sociedade vigente, eram inclusive considerados pessoas sensíveis ao desconhecido, com algum dom. Depois, suas agitações e momentos de maior agressividade eram manejadas, afastando-os de riscos e perigos a si e a outros. Foi no início do século XIX que as internações se tornaram medida de resolução do problema. Este seria tanto a desordem e a curiosidade, quanto a doença mental (FOUCAULT, 1972).

A loucura passa a ser uma questão clínica, digna de pesquisa. Inicia-se a inscrição da loucura no campo médico e da medicina. O precursor dessa relação mais humanizada é o psiquiatra Pinel, ao qual é atribuído certa honradez por “libertar” os ditos alienados de suas correntes no hospital Bicetre, em Paris.

Nasce, então, o Tratamento Moral, cuja premissa é que “seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles” (PEREIRA, 2004, p.115). Ações humanistas para com os loucos já eram vistas, mesmo antes de Pinel, em Nova York e em Londres. Segundo Pereira (2004), o diferencial deste tratamento era a associação entre a postura tolerante e humanista e o comprometimento com o estudo racional e metódico da então nomeada doença mental.

A abordagem se apoiava na observação do fenômeno, classificação, entendimento da expressão da loucura como a exteriorização de paixão e emoções (PEREIRA, 2004). O tratamento moral marca o início de uma psiquiatria moderna, que se interessa por uma interação com o louco, o qual era submetido à terapêutica baseada no trabalho que acreditava fazer “o alienado mental voltar à racionalidade, por restabelecer-lhe hábitos saudáveis e reorganizar seu comportamento” (SHIMOGUIRI; COSTA-ROSA, 2017).

O tratamento teve seu declínio a partir das contradições a que era exposto. Afinal, em uma época em que os manicômios se tornavam superlotados, como uma terapêutica que dedicava tempo junto ao interno, seja pelas observações do fenômeno, seja pelo ensino-aprendizado de um ofício ou, ainda, pela exigência de interação médico-paciente, poderia ter sucesso em tal contexto? Dessa forma, com o tempo, o tratamento foi perdendo seu olhar mais individualizado e tornando-se massificado. Nesse período, os estudos com base na organicidade começam a sobressair (DESVIAT, 2008).

As diversas funções do manicômio ao longo da história – em suma o grande papel de segregar e violentar – encontraram críticas desde o início, mas foi após a Segunda Guerra Mundial, época de renovação de esperança e de oportunidades de novas formas de viver, que a sociedade tomou o futuro dos asilamentos em mãos (DESVIAT, 2008).

Em consonância com uma sociedade que buscava mais igualdade e solidariedade, e aliados à descoberta de medicamentos eficazes no tratamento – os psicotrópicos –, iniciaram-se vários movimentos de reforma psiquiátrica. Alguns desses movimentos apresentavam alternativas ao manicômio, deixando este como ponto de cuidado junto a outros serviços, como visto na psiquiatria francesa e psiquiatria americana, por exemplo. Outros, tinham a certeza de que o modelo assistencial deveria mudar por completo, abolindo o manicômio e criando outras formas, inovadoras, de cuidado (a exemplo da Reforma Psiquiátrica Italiana).

Em 1961, Basaglia assumiu, por concurso, a diretoria do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália, onde realizou intervenções com objetivo de reduzir as contenções institucionais. Ele criou reuniões e oportunidades de confronto entre médicos e pacientes, e

tratou os pacientes como cidadãos, proporcionando-lhes encontros entre si e espaço de decisões sobre suas próprias vidas (PORTOLESE; FIGUEIREDO; MASCARENHAS, 1979).

O trabalho em Gorizia se finda em 1968, diante das resistências à forma de trabalho de Basaglia e sua equipe. Em 1971 ele assume, em Trieste, o Hospital Psiquiátrico Regional da cidade. O grande salto neste novo trabalho, o qual é referência até os dias atuais, é a forma de implementação do modelo de cuidado ao qual se propunha Basaglia e sua equipe.

Em Trieste, ao mesmo tempo em que desmantelava o manicômio, a equipe realizava a reinserção social na comunidade. As ações foram processuais, com apoio de diversos atores civis, políticos e culturais e, somada a elas, estava a criação de centros de defesa de saúde. Posteriormente, surgiram nos territórios e voltados para as demandas da comunidade os centros de saúde mental (PORTOLESE; FIGUEIREDO; MASCARENHAS, 1979).

As características apontadas acima foram aliadas à efetivação de uma rede de base territorial atenta às demandas e às necessidades dos usuários. Portanto, a dinâmica e flexibilidade fizeram de Trieste um exemplo de cuidado na área da Saúde Mental.

Saúde Mental é uma dessas expressões polissêmicas que denotam vários significados. Entendê-la como campo de saber e de práticas é uma forma de agregar seus múltiplos entendimentos, considerando o diálogo estreito com várias disciplinas e tipos de saberes, a desconstrução das heranças da psiquiatria clássica e das instituições totais, bem como a proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico (SCARCELLI, 2011, p. 19).

Trieste conseguiu caminhar da centralização nos saberes médicos, mais precisamente psiquiátricos, para uma lógica de cuidado plural, que acolhe cada um: usuário, funcionário, familiares, entidades civis, privadas ou públicas. Objetivou-se ali a construção de práticas cuidadosas, respeitadas, de promoção à cidadania e autonomia dos antigamente nomeados de loucos – hoje denominados cidadãos em sofrimento mental.

A desinstitucionalização proposta e vivenciada por Trieste é mais densa que a mera concepção de desospitalizar (sair/tirar do hospital). Ela remete à prática cotidiana do prefixo ‘des’ no sentido literal de dizer não a. Negar a institucionalização não apenas de estadias longas em serviços de saúde mental, de violações de direitos, mas também e principalmente de pensamentos, ideologias que perpetuam sem reflexões e críticas, levando a estigmatizações e formas de pensar que, ainda que inconscientes reproduzem práticas e interações sociais excludentes (ROTELLI, 1990).

É nessa mudança de ideologia, que deve ser refletida no cuidado cotidiano, que a política de saúde mental brasileira se inspirou, efetivando ideias e ações que garantiram, em

Lei, no ano 2001, os direitos das pessoas com sofrimento mental (BRASIL, 2001).

A política de saúde mental brasileira, assim como a triestina, aposta no cuidado em rede e, para tal, criou portarias a nível nacional e/ ou ações a nível municipal e estadual de fomento a Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) (BRASIL, 2002), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) (BRASIL, 2000), centros de convivência (CC) (BRASIL, 2005), incubadoras de geração de renda, consultórios de rua (BRASIL, 2011) , CAPS álcool e/ou outras drogas (BRASIL, 2011), Arte da Saúde (PBH, 2018), CAPS infantil e equipes de saúde mental na atenção primária (MINAS GERAIS, 2006).

No entanto, em portaria de 2011 (BRASIL, 2011), foi considerado como parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) o serviço Hospitalar, não necessariamente de hospital geral para pessoas com sofrimento mental, e as comunidades terapêuticas como pontos de cuidado ao usuário no sistema de saúde público, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). Apesar de ser esta uma portaria ministerial, que orienta o modelo de assistência em saúde mental no território nacional, ela contraria o que se tem construído no país como movimento da reforma psiquiátrica brasileira, ao trazer pontos considerados manicomiais no cuidado antimanicomial (BAURU, 2017).

A rede citada acima é fruto, no Brasil, de muita luta iniciada entre a década de 1970/1980, incentivada pelo desalento dos profissionais com seus baixos provimentos e com suas práticas cerceadas pelas instituições asilares, que prestavam assistência sem investimento nas potencialidades dos pacientes ou no cuidado dado a eles (AMARANTE, 1996). Somado a isso, havia uma efervescente sociedade que ainda experienciava os resquícios da reforma sanitária, das agremiações em sindicatos e dos movimentos populares.

Os defensores dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico (trabalhadores, movimentos culturais, familiares e usuários), encontraram força na luta com a visita de Basaglia ao país, e com as denúncias em mídias nacionais das violências que ocorriam nos manicômios nacionais, como exemplificaram os, infelizmente, famosos manicômios de Barbacena/MG e de Juqueri/RJ.

Em 1987, esses defensores reuniram-se em Bauru/SP, sob o slogan “Por uma sociedade sem manicômios”. Eles se comprometeram a acabar com o modelo asilar; a construir um projeto de lei antimanicomial; a criar um novo modelo de assistência a usuários da saúde mental no SUS, com efetiva participação social, em que se respeitasse a liberdade do usuário. Objetivavam, também, a redução dos leitos psiquiátricos, com a preocupação de que o cuidado fosse respeitoso e no território do usuário (BAURU, 2017).

Como modelo de cuidado adotaram a reabilitação psicossocial, que possui em

Benedetto Saraceno um de seus maiores defensores. A reabilitação psicossocial não é uma técnica específica, ela contempla “um conjunto de práticas intersectoriais de saúde, previdência, moradia, trabalho, escola, lazer, cultura e outros. (PITTA, 2001, p.6)

Em discurso, no I Encontro Brasileiro de Reabilitação Psicossocial, no ano de 1995 em São Paulo, o então presidente da *World Association for Psychosocial Rehabilitation*, Benedetto Saraceno afirma que a reabilitação psicossocial é uma exigência ética, à medida que “é uma abordagem, e uma estratégia, que implica muito mais do que simplesmente passar um usuário, um paciente, de um estado de ‘desabilidade’ a um estado de ‘habilidade’, de um estado de incapacidade a um estado de capacidade” (SARACENO, 2001, p. 14).

Saraceno (2001) parte da contratualidade para dizer da amplitude que a reabilitação psicossocial proposta deve alcançar. A contratualidade é perpassada “pela habilidade do indivíduo em efetuar trocas” (p.16) no cotidiano e contexto em que vive. Assim, as pessoas apresentam alto ou baixo nível de contratualidade por diversas situações, por exemplo: dentro de suas próprias casas, comércio do bairro, na circulação pela cidade, na clamação de seus direitos. A reabilitação psicossocial proposta por Saraceno, toma a reabilitação como “um processo de reconstrução, um exercício pleno na cidadania e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (SARACENO, 2001, p. 16).

Adotar a reabilitação psicossocial como proposta por Saraceno, requer uma mudança de paradigma de cuidado. Não apenas na lógica e no fazer ao que concerne a cada indivíduo e, de forma capilar, cada profissão, mas na estrutura organizacional do cuidado. Essa proposta não condiz com o modelo hospitalocêntrico, com tratamentos prescritos e/ou sem a escuta das dores e desejos da pessoa *junto* ao profissional (como oposto ao *diante*).

São nos e dos princípios das reformas psiquiátricas brasileira e italiana, e os da reabilitação psicossocial – de que todo cidadão tem direito a habitar, ter interações sociais e gerar sua própria renda ou de seu grupo social (PITTA, 2001) – que a rede de Belo Horizonte tem, principalmente, se embebido nas últimas 3 décadas. Na certeza de que a reconstrução da cidadania é complexa, ampla e requer vários atores e caminhos.

3.3.2 Saúde mental em Belo Horizonte

A saúde mental, assim caracterizada, em Belo Horizonte, diferencia-se da clássica psiquiatria ao adotar postura inter e multidisciplinar. Ou seja, ela não se restringe a um profissional, o médico, como na psiquiatria por exemplo, mas se remete ao coletivo de

profissionais e de saberes. O cuidado na saúde mental é feito de forma corresponsável, entre usuário, familiar, serviço (gerência) e profissionais (terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos).

Dessa forma, muda-se de um comportamento baseado em uma lógica centrada no profissional e suas possibilidades para uma prática que agrega saberes considerados e expandidos em saúde mental. No dia a dia do cuidado, essa abordagem é desafiante e desafiada, pois, exige dos envolvidos despirem-se do que acreditam que o outro faz e de seus saberes cristalizados, para valorizar o conhecimento de todos, em especial do próprio usuário, independentemente do quão adoecido ele possa estar naquele momento.

Atualmente, a partir da contribuição de conhecimentos sobre território e cuidado, existe uma discussão para renomeação do campo, o qual passaria a ser chamado Atenção Psicossocial, por ser ainda mais abrangente ao remeter ao cuidado integral da pessoa e não apenas do que ocorre em sua mente.

Agregar esses entendimentos passa pelo pressuposto de que o cuidado a pessoas com sofrimento mental deve ser calcado no respeito, liberdade e autonomia, valores que dialogam com a postura antimanicomial. Essa postura não é apenas para com o usuário, mas também sua família e colegas de trabalho dos diversos setores do município (assistência social, previdência, saúde, educação, etc.). A escuta atenta, então, se faz ferramenta imprescindível para que o cuidado seja amplo e singular em cada medida de necessidade.

A rede de saúde mental de Belo Horizonte espelha-se na rede triestina (Itália), a qual se pauta pelo cuidado em liberdade e com respeito às decisões do usuário. A rede triestina não se centra na medicalização ou psicologização, mas em ações em rede, que promovam a inserção e vivência psicossocial. A Política de Saúde Mental Belo Horizontina tem como fim último a “superação do hospital psiquiátrico e de práticas segregadoras como dispositivos culturais de cuidado com os portadores de sofrimento mental” (SILVA; ABOU-YD, 2010, p. 478).

Dentre os princípios que orienta a referida política de saúde mental, além da progressiva desativação de leitos e substituição efetiva da lógica manicomial, está a priorização dos casos graves e persistentes de sofrimento mental. Tem a inserção social/reabilitação psicossocial como prática, de fato, desinstitucionalizadora, destacando a importância da presença da pessoa em sofrimento mental na cidade, de forma cada vez mais cidadã, considerando a valorização da singularidade, do “cada caso é um caso”.

Rosimeire Silva e Miriam Abou-Yd (2010), ao dizerem do local que ocupavam no coletivo gestor da Política de Saúde Mental de BH, em 2003, apontam a cidade como *lócus* da

prática com os usuários da saúde mental. Um *locus* que, devido à sua imprevisibilidade, causa insegurança nos profissionais, mas também agrega diversas experiências, tornando-as ricas e criativas. Essa escolha de intervenção dialoga com as práticas psicossociais que se pautam na construção de um cuidado em rede, nunca fragmentado, e na diversificação do fazer, do cuidar na loucura e do cidadão louco.

A proposta da saúde mental brasileira, de acordo com as leis da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2001) e da Belo Horizontina, é de tratamento na cidade, perto de onde as pessoas moram, ou perto de onde suas vidas acontecem. A constituição da rede, do cuidado horizontal e interligado, desafia a lógica dura, hierárquica, que objetifica os sujeitos.

Para alcançar esse propósito, a rede substitutiva de Belo Horizonte, em 2017, estendeu-se a 8 Centros de Referência em Saúde Mental (na portaria ministerial são os chamados CAPS III – Centros de Atenção Psicossocial), 3 CERSAMs¹⁴ ad (Centros de Referência em Saúde Mental álcool e drogas), 2 CERSAMis – Centros de Referência em Saúde Mental Infantojuvenil e, Serviço de Urgência Psiquiátrica Noturno (SUP).

Também faziam parte da rede substitutiva de Belo Horizonte, em 2017, 9 Centros de Convivência (CC), 33 Serviços Residenciais Terapêuticos, mais de 58 equipes de Saúde Mental (ESM) na Atenção Básica, Equipes Complementares (EC) de Atenção à Saúde Mental da Criança e Adolescente, Núcleos do Projeto Arte da Saúde e pela Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários da Saúde Mental. Além disso, pode-se contar com o cuidado prestado pelo Serviço de Atendimento Móvel e de Urgência (SAMU) e pelas Equipes de Saúde da Família (ESF).

Nessa rede de cuidados, há terapeutas ocupacionais atuando em Centros de Convivência, Equipes de Saúde Mental, Equipes Complementares, Serviços Residenciais Terapêuticos, CERSAMis, CERSAMs e CERSAMads.

Aliados à política descrita, os terapeutas ocupacionais devem ter ciência de que suas ações não devem se circunscrever apenas em um modelo de saúde, nem somente na desospitalização. Em um modo mais amplo, devem associar a desinstitucionalização de

¹⁴ Comentário para a nota: Quando o usuário chega ao CERSAMs ou ao CERSAMs ads ele é acolhido, no plantão, por um técnico de referência. Neste acolhimento, o técnico avaliará se o usuário deve ser encaminhado à atenção primária, para continuidade de cuidado, encaminhado a outro CERSAM ou inscrito no que está sendo avaliado. Sendo inscrito, ele poderá ir em atendimento individual, apenas para consulta (modalidade ambulatorial), permanecer alguma parte do dia ou o dia todo (modalidade permanência dia), ou permanecer aquela noite (modalidade hospitalidade noturna), ou conjugar hospitalidade noturna e permanência dia. A decisão do técnico de referência, pode e é aconselhável que seja tomada com seu colega de plantão, que pode ser um médico ou outro técnico de referência, além de considerar as observações da equipe no dia (técnicos de enfermagem e outros) sobre o caso. O ponto de decisão perpassa o risco ao qual a pessoa está se colocando ou a outros.

práticas, sujeitos e lógicas às diversas dimensões humanas. Assim como a ideia de que autonomia se refere a se conectar com pontos de vida numerosos, diversificados e subjetivos (KINOSHITA, 2001), o institucionalizar-se deve procurar ser plural e vasto, permeado de conflitos constantes que potencializam o repensar das institucionalizações, evitando pensamento e vida massificados. Nesse sentido, o projeto terapêutico é complexo, com destaque aos direitos, ao poder de contratualidade, assim como deve ser contínuo, integral e singularizado.

Esse projeto é extremamente delicado, em especial no momento da crise, quando se faz comum recorrer ao familiar. No momento de ruptura, o CERSAM deve manter-se como ponto substitutivo de uma rede, e não alternativo ao hospital psiquiátrico. É nesse momento que se faz crucial o cuidado singular que acolhe e desinstitucionaliza, que amplia possibilidades de cuidado. Cuidado este que deve ser articulado com a vida que acontece dentro e fora do CERSAM. Nas várias reinvenções que o cuidado em liberdade exige, o lazer pode auxiliar ou não, dependendo de como é inserido e/ou convidado a fazer parte do projeto terapêutico.

Gomes (2014) ressalta que o lazer pode facilitar transições do sujeito para uma não alienação sobre seu contexto social. Assim, a partir desse referencial teórico, o lazer pode ser um aliado na lógica antimanicomial que a política de saúde mental Belo Horizontina propõe ao cuidado de seus loucos. E, talvez, provocar uma aliança para além da política do Estado, uma vez que a execução das políticas no Brasil, embora estejam sujeitas ao controle social, depende de decisões e desejo governamentais.

Tem-se este contexto como pano de fundo nesta pesquisa que se propôs a investigar, refletir e discutir se os terapeutas ocupacionais que atuam, na urgência, no cuidado a usuários adultos da rede pública de Belo Horizonte consideram o lazer em seu fazer profissional e como o consideram.

4 FERRAMENTAS E INGREDIENTES (METODOLOGIA)

Imagem 4. Ferramentas e Ingredientes para fazer café.



Fonte: acervo pessoal.

A pesquisa é ponto importante de questionamento da (s) ciência (s), é ponte entre ensino, fomentando-o e, na realidade, desvendando-o (MINAYO, 2002). Assim como já citado, esta pesquisa nasce da realidade concreta da pesquisadora e foi sendo constituída entre o encontro das ciências da saúde e humanas.

Uma vez que a metodologia expressa os percursos no raciocínio do pesquisador e como ele aborda a realidade apreendida no campo (MINAYO, 2002), a decisão que permitiu, neste estudo, a articulação entre fundamentação teórica, contextos dos participantes, caminhos de respostas às dúvidas iniciais e contínuas reflexões que pudessem agregar valor à prática dos que contribuíram para os dados aqui apresentados foi pela metodologia qualitativa.

Segundo Minayo (2002), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (p.22). Nesse sentido, a metodologia qualitativa se faz importante nesse trabalho, uma vez que há interesse na percepção e saber dos participantes (VICTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Quanto ao desenho da pesquisa, embora haja presença de características etnográficas,

visto que a doutoranda foi em cada cenário de prática e conhece o contexto destes, optou-se por entender que esta investigação se aproxima do desenho de *Grounded Theory* (NICO, *et al.*, 2007), ainda que não o absorva em sua totalidade.

Em suma, a *Grounded Theory* advém das questões sociais, apresenta perspectiva narrativa, possibilita que pesquisadores foquem “em significados subjetivos e sociais, e práticas resolutivas de problemas e ações” (LETTS *et al.*, 2007, p.364). Os autores acrescentam que a *Grounded Theory* “é vista como um processo em desenvolvimento e, portanto, é capaz de capturar a natureza das interações sociais e seu conteúdo estrutural” (LETTS *et al.*, 2007, p.364).

4.1 Métodos

O projeto desta pesquisa apresenta CAAE número 82577218.0.0000.5149, na Plataforma Brasil. Foi submetido ao Comitê de Ética (COEP) da UFMG, por ser uma pesquisa advinda da referida instituição, e ao Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), uma vez que este estudo foi realizado junto a profissionais que desempenham suas atividades laborais em equipamentos da PBH. Após aprovação do projeto nos dois COEPs, houve convite aos profissionais para participação na pesquisa. O consentimento destes se deu por assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O foco de todo método é apontar o “como fazer” para se responder aos objetivos (GOMES; AMARAL, 2005). Para tal, foi elegido como ferramenta um guia de entrevista semiestruturada.

Diz Minayo (2002) que, embora a entrevista seja uma ferramenta comum nos trabalhos de campo e que remeta a uma conversa, algo menos formal, ela apresenta dados importantes dos sujeitos-objetos, uma vez que estes vivenciam a realidade que está sob o foco do pesquisador.

O guia de entrevista utilizado nesta pesquisa (em anexo) contém direcionamentos que remetem aos objetivos do estudo (GOMES; AMARAL, 2005). Preocupou-se nesta investigação em fazer deste roteiro apenas um guia, sendo de extrema importância os discursos dos participantes para a compreensão do papel do lazer na assistência terapêutica ocupacional de usuários adultos da saúde mental no município.

Coerente com uma pesquisa transversal, os participantes responderam à entrevista individual em um único encontro com a doutoranda, que foi a entrevistadora. Os profissionais foram convidados a participar do estudo via informe de suas gerências, com a anuência da

Coordenação de Saúde Mental. A partir deste informe, a pesquisadora entrou em contato com cada terapeuta ocupacional via redes sociais para agendamento do encontro, caso aceitassem participar.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a dezembro do ano de 2018. O término se deu mediante à realização de entrevistas com todos os profissionais que aceitaram participar. Todos os participantes escolheram agendar em seus locais e horários de trabalho. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora, tendo duração média de 30 minutos. Depois, as transcrições foram verificadas por uma voluntária, mestranda em Estudos da Ocupação, da UFMG.

4.2 Participantes

Dos 32 terapeutas ocupacionais atuantes na rede, no período de coleta das informações (outubro a dezembro de 2018), 27 foram entrevistados, sendo que uma mesma terapeuta ocupacional faz parte de um CERSAM.

Foram conduzidas 27 entrevistas, no entanto, por questões técnicas (perda dos arquivos no equipamento que armazenava os dados), subtraíram-se 4 entrevistas. Ainda assim, acredita-se que as 23 entrevistas restantes apresentam ilustração assertiva da fala da categoria sobre o lazer em sua prática junto ao público da saúde mental.

Dessa forma, esta pesquisa traz um café, elaborado a partir das percepções de lazer de 72% dos terapeutas ocupacionais que prestavam assistência a usuários adultos na rede de saúde mental do município de BH e que trabalhavam em serviços de urgência, no período de outubro a dezembro de 2018.

As reflexões de Minayo (2017) sobre a amostra em pesquisas qualitativas esclareceram o ponto quando as entrevistas deveriam se cessar. Segundo a autora, parte se da consciência crítica sobre a dimensão do objeto, o qual desta pesquisa foi amplo, visto que manejava da presença do lazer na assistência de uma categoria profissional ao impacto dele no fazer desta categoria em determinado contexto e o raciocínio clínico que o envolvia. Minayo elege dez pontos importantes sobre a amostra em pesquisa qualitativa, abaixo apresentam se alguns que foram eloquentes e, portanto, utilizados no processo desta pesquisa.

- 1) Assegurar a variedade: Assegurou se variedade de serviços, territórios geográficos assim como heterogeneidade de formação e contexto dos participantes dando oportunidade de encontro com as homogeneidades e também com as diferenciações

entre os participantes e suas informações. Deu-se prioridade a contemplar ao menos um representante de cada serviço visto que cada CERSAM ou CERSAM ad tem suas particularidades;

- 2) Triangulação teórica: As informações foram incluídas progressivamente e questionadas quanto a como contribuíam ou não com a pesquisa a partir da triangulação teórica;
- 3) Busca de heterogeneidade na repetição: Quando se acreditava que as informações estavam se repetindo, apurava-se a escuta e descobria-se informações ímpares que enriqueciam o estudo.

À época da aprovação desta pesquisa no Comitê de Ética (5 de junho de 2018), a cidade contava com 8 CERSAMs (Barreiro, Leste, Oeste, Norte, Nordeste, Noroeste, Venda Nova, Pampulha), 3 CERSAM ads (Nordeste, Pampulha e Barreiro), com variação de 2 a 5 profissionais por serviço e uma média de 2 terapeutas ocupacionais em cada.

Posteriormente, ainda em 2018, o Centro Mineiro de Toxicomania, o qual é gerenciado pela FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), foi credenciado pelo Ministério da Saúde como CAPS III. Desde então, segue a lógica de cuidado em saúde mental vigente na cidade de Belo Horizonte, sendo nomeado CAPS ad Centro Sul.

O referido serviço atende, portanto, usuários de álcool e outras drogas, inclusive no turno noturno, seguindo o fluxo da cidade e sendo referência para as regionais sul e leste (MARQUES, 2018). Esta unidade não teve seus profissionais entrevistados, pois, como há uma parceria entre município e FHEMIG, esta pesquisa deveria também passar pelo Comitê de Ética da FHEMIG, o que impossibilitaria a realização do estudo em tempo hábil.

Algumas unidades estavam sem o quadro completo, por variados motivos, dentre eles: vagas remanejadas para outras áreas, eliminando uma vaga de T.O. e passando para outra formação; licenças maternidades; férias prêmio sem substituição; aposentadoria; lentidão no processo de contratação; não disponibilização da vaga para contratação.

Foram excluídos terapeutas ocupacionais que atuam na rede de saúde mental da cidade de Belo Horizonte nas seguintes condições:

- a) Que atendem apenas crianças e adolescentes, independente se na atenção primária (Equipe Complementar) ou urgência e emergência (CERSAMis);
- b) Que atuam na atenção primária, mas não atendam no CERSAM
- c) Que, apesar de atenderem ao público adulto, não o fazem na urgência em saúde mental. Como por exemplo, T.Os. lotados no Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF), Centros de Convivência ou Incubadoras de geração de renda e economia solidária.

Foram, por conseguinte, incluídos apenas terapeutas ocupacionais que atendem usuários adultos na rede de saúde mental em CERSAM /CERSAM ad.

4.2.1 Apresentação dos Participantes

Com o intuito de manter o sigilo da identidade dos participantes, foram lhes conferidos nomes aleatórios. As terapeutas ocupacionais que constituíram o time de análise desta pesquisa receberam as entrevistas com os pseudônimos, mantendo uma *single blind review*.

Acrescenta-se que foram criados, também, nomes fictícios para professores, territórios, serviços, ou, os nomes originais foram retirados, para que não seja possível identificar o profissional-participante.

5 DEGUSTANDO O CAFÉ: PARTE 1 (DESCRIÇÃO DA ANÁLISE)

Imagem 5. Novas formas de degustar café.



Fonte: acervo pessoal.

Na analogia proposta, a análise dos dados é o momento em que degustamos o café. Refere-se ao momento em que se dá uma golada generosa e sente-se o líquido entre os dentes, nas papilas gustativas, preenchendo a boca, chegando até o palato. Então, ele desce à garganta e estamos prontos para dizer se está frio, morno, quente agradável ou “pelando”¹⁵; se devemos acrescentar mais doçura, ou se “está no ponto”. Se é um café fraco (o reconhecido “chafé”) ou se está forte, como que para acordar. Degustar o café também inclui sentir seu aroma, reconhecer sua cor e sentir o peso da xícara.

Em palavras acadêmicas, a análise dos dados é o momento em que se entrelaçam as leituras e as respostas do guia de entrevista semiestruturada. É o momento de se extrair o dito claramente e o dito nas entrelinhas. É o momento para analisar, interpretar, sistematizar os achados, criando algo novo e (re) afirmando o sabido.

Há autores que entendem a ‘análise’ como descrição dos dados e a ‘interpretação’ como articulação dessa descrição com conhecimentos mais amplos e que extrapolam os dados específicos da pesquisa. Outros autores já compreendem a ‘análise’ num sentido mais amplo, abrangendo a ‘interpretação’. Somos partidários desse posicionamento por acreditarmos que a análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa (MYNAIO, 2002, p.68).

Baseado na proposta de Minayo (2002), a análise dos dados será apresentada em 3 partes, por motivos didáticos. Parte 1: Descrição de como se chegou aos dados; Parte 2: os

¹⁵ “Pelando”: Regionalismo que adjetiva algum objeto, comida ou bebida que esteja extremamente quente ao toque.

resultados, os participantes e o contexto; Parte 3: os resultados e sua interpretação.

Diante da relevância proferida por Minayo (2002) da importância do contexto dos participantes em relação aos dados e, compreendendo que os participantes não são passivos no processo da pesquisa, mas sim atores e objetos da mesma, que os dados foram analisados em acordo com o processo proposto pela referida autora. Nesse processo de análise, denominado hermenêutica-dialética (GOMES, 2002), em livro organizado por Minayo, propõe-se dois pressupostos:

- 1) O de que não há consenso quanto ao processo de produção de conhecimento atingir um fim; e
- 2) O de que a ciência é uma construção de relação dinâmica entre os que a praticam e os que a experienciam na realidade do campo.

Nessa proposta, o contexto dos participantes é fundamental. Portanto, o primeiro passo é a apresentação do contexto socio-histórico do grupo a ser estudado, bem como as conjunturas que influenciam seu contexto atual. Esse passo deve ser contemplado nas fundamentações teóricas, as quais não se resumem apenas a um capítulo dedicado a isso, mas dialogam com todo o texto. Como este é um estudo indutivo, não foram geradas categorias *a priori* do encontro com o campo.

O segundo passo, acontece no encontro com a investigação em si. Minayo (2002) sugere o seguinte trajeto para a realização desse passo:

- 1) Organização dos dados: mapeamento de todos os dados, como as transcrições, anotações das observações participantes, anotações em caderno de campo e insights.
- 2) Classificação dos Dados: retomada de leituras e anotações sobre estas, questionando os dados quanto à forma com que dialogam com os objetivos.

Questiona-se o que surge de relevante nos dados para, então, categorizá-los. “Nesse sentido, determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação” (GOMES, 2002, p. 75).

A formação de categorias se dá a partir da fala dos atores participantes da pesquisa. Uma vez que o protocolo de análises de Minayo (2002) se baseia na abordagem hermenêutica-dialética, o conteúdo das respostas dos participantes é valioso e é interpretado pelo pesquisador (parte hermenêutica) com reflexão crítica sobre o sentido do dito pelos participantes (dialética). Nesta perspectiva, a escuta da resposta direta do participante é acolhida com interpretação crítica do pesquisador, com suas questões latentes e a história dos participantes.

Assim sendo, uma categoria geral deve representar o conteúdo amplo, e desta podem se originar outras mais específicas que representem a especificidade de algumas respostas. Isso significa que o primeiro princípio na criação de categorias é que o primeiro conjunto de categorias deve ser estabelecido a partir de uma única base, por exemplo, na pergunta “o que é Lazer?”, o conjunto pode ser ocupação humana.

Esse princípio se refere a exaurir a possibilidade do conjunto de categorias, incluindo várias respostas em uma mesma categoria. Um exemplo de conjunto dessa categoria poderia ser “atividades ao ar livre”.

E, por fim, este princípio se refere à característica de exclusão mútua entre as categorias do conjunto, de forma que uma resposta não cabe a mais de duas categorias. No exemplo dado, pensa-se em categoria “atividades em shoppings”.

O terceiro passo é a resposta aos objetivos da pesquisa, em um diálogo sincero entre teoria e prática, entre academia e a realidade concreta e particular.

Ressalta-se que apesar de seguir as orientações de Minayo, não foi encontrado protocolo em como a análise dos dados deveria ser feita de forma minuciosa a fim de que se garantisse confiabilidade ao estudo. Desse modo, a partir da experiência da doutoranda em pesquisa nos Estados Unidos focada em prática baseada em evidência, na *Kansas University Medical Center*, e com o objetivo de manter a confiabilidade dos dados o protocolo a seguir foi criado para a análise das entrevistas:

- 1) Transcrição de todas as respostas em português
- 2) Imersão nos dados por leitura e escuta das entrevistas com frequência, para entender os sentidos/sentimentos da narrativa (tom de voz, hesitações, por exemplo)
- 3) Busca por unidades de sentido e temas:

As entrevistas foram codificadas em unidade de sentido por duas terapeutas ocupacionais: a doutoranda (A), com percurso profissional na saúde mental e uma terapeuta ocupacional doutora em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto/UFMG (B), com percurso profissional na gerontologia. O dicionário de códigos foi verificado, pela mesma terapeuta ocupacional mestranda em Estudos da Ocupação/ UFMG (C) que verificou as transcrições em uma entrevista escolhida aleatoriamente, assim como pela orientadora desta pesquisa (D) no meio do processo. Todo o dicionário foi verificado por uma terapeuta ocupacional (E) Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência/UFMG cujo percurso profissional é na saúde pública. O ciclo de codificação seguiu a ordem abaixo:

- (a) Codificação de 3 entrevistas por A e B, individualmente.
- (b) Checagem para consenso, entre A e B, de cada codificação, verificando se o sentido da codificação era o mesmo e se os trechos para as codificações eram similares em ao menos 80% do material analisado. Após esse procedimento a categoria era criada.
- (c) Diante da lista de códigos consensuados, cada uma analisou 5 entrevistas.
- (d) Nova checagem para consenso e ajustes (acréscimo, junção, mudança de nome) atualizando o dicionário de códigos.
- (e) Recodificação das 3 primeiras entrevistas, com o novo dicionário de códigos.
- (f) Checagem conjunta de todos os trechos e categorias garantindo equivalência em pelo menos 80% do material. Neste encontro chegou-se ao consenso no dicionário criado.
- (g) Análise de 5 entrevistas.
- (h) Checagem. Consenso e confirmação do dicionário.
- (i) Codificação de mais 5 entrevistas com a versão atualizada do dicionário.
- (j) Checagem conjunta de todos os trechos e categorias, garantindo equivalência em pelo menos 80% do material. Compreensão de que o dicionário estava maduro.
- (k) Dicionário testado por C e D em uma entrevista aleatória.
- (l) Checagem do teste por A, que verificou mais de 80% de equivalência.
- (m) Análise de 10 entrevistas.
- (n) Checagem conjunta de A e B de todos os trechos e categorias, garantindo equivalência em pelo menos 80% do material. O dicionário não mudou em conteúdo, mas houve junção de categorias.
- (o) Análise das entrevistas finais (10) por A e B.
- (p) Checagem conjunta de todos os trechos e categorias, garantindo equivalência em pelo menos 80% do material. O dicionário não mudou em conteúdo, mas houve junção de categorias. Além da verificação de que era possível compreender as primeiras entrevistas analisadas com o dicionário atualizado.
- (q) Dicionário de códigos enviado a E, que analisou 20% das entrevistas, escolhidas aleatoriamente (por sorteio em site gratuito), sem explicação para além do objetivo e leitura do dicionário, conjuntamente a alguma explicação que se fizesse necessária, como a abordagem Recovery, que é cada vez mais comum na saúde mental.

- (r) (A) checkou e confirmou pelo menos 80% de equivalência entre a codificação realizada por E seguindo o dicionário e as entrevistas consensuadas por A e B.

A validação do dicionário de códigos permitiu o seu uso em outras pesquisas com o mesmo público ou similar. Além de conferir confiabilidade à pesquisa realizada.

Paralelamente ao ciclo de codificação descrito, as categorias foram assinaladas a temas. Os temas foram discutidos com a mentora do doutorado sanduiche e com a orientadora no Brasil.

3.1) As unidades de sentido foram determinadas por:

3.1.1) frequência e intensidade com a quais os participantes se apresentavam (tom de voz, postura);

3.1.2) relevância como resposta aos objetivos da pesquisa.

- 4) Os temas foram construídos em cada checagem seguindo a orientação de Minayo (2002), segundo a qual, cada categoria é um guarda-chuva para várias respostas que a discutem. Desta forma, as unidades de sentido formam categorias que se aconchegam em um tema.
- 5) Como a análise está intrincada com a interpretação, cabe dizer que esta considerou a triangulação entre sentido, contexto e literatura relevante para a pesquisa (por exemplo: a definição de Gomes sobre Lazer; a reforma psiquiátrica brasileira com foco no modelo de reabilitação psicossocial defendido por Saraceno e utilizado na saúde mental brasileira; e a Ciência Ocupacional)

Apesar de todo esse cuidado com os dados, ressalta-se Minayo (2002) ao lembrar que os resultados de uma pesquisa são sempre provisórios, sendo fotos de um momento que é dinâmico, lembranças de um café marcante.

Vamos aos detalhes desta degustação!

6 DEGUSTANDO O CAFÉ: PARTE 2 (ANÁLISE DOS DADOS: PARTICIPANTES E RESULTADOS)

Imagem 6. Saboreando cafés regados de encontros.



Fonte: acervo pessoal.

Seguindo a proposta de Minayo (2002), a análise dos dados inclui desde o começo da coleta de dados. Esta durou de abril a dezembro de 2018, com um total de 810 minutos de entrevistas individuais armazenados em arquivos de áudio. Os resultados de todo esse rico acervo serão apresentados neste item.

Da análise dos dados foram elencadas 13 categorias: Conceituação do Lazer; Aprendizado sobre Lazer; Lazer e a Instituição; Lazer no Cotidiano dos Usuários; Raciocínio Clínico; Lazer (es) do profissional; Inclusão na Assistência; Desafio de Inclusão na Assistência, Processo de trabalho e precarização; Paradigmas do Cuidado; Relação Lazer; Saúde Mental e Terapia Ocupacional; Lazer na Rede Ampliada; Identidade Profissional. Estas foram organizadas em 3 temas: Compreendendo o Lazer, Lazer no Cotidiano e Temas Transversais.

Antes de caminhar para a discussão e como essas categorias e temas dialogam para responder os objetivos deste estudo (Parte 3 da degustação do café), serão apresentados os participantes da pesquisa, pois, como aponta Minayo (2002), isso é de fundamental relevância para que se compreenda uma pesquisa e seu valor para os envolvidos, além de prover a análise dos dados de forma mais assertiva.

6.1 Participantes

Minayo (2002) ressalta em seus escritos a importância de conhecer os sujeitos, objetos das pesquisas, visto que eles não são tábuas rasas, e suas histórias, contextos culturais e

vivências influenciam suas percepções sobre o tema a ser abordado.

Segundo a Gerência de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em outubro de 2018, havia 140 profissionais de nível superior na assistência nos CERSAMs e CERSAMs ads da cidade, nomeados como técnico superior em saúde. Nesta categoria, encontram-se assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais.

Tabela 1. Profissionais dos CERSAMs e CERSAMs ads de Belo Horizonte

REGIONAL	CERSAM	CERSAM AD	Total Geral
AGENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	261	27	288
ANALISTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS	1		1
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	8	2	10
ENFERMEIRO	17	6	23
MÉDICO	37	5	42
TÉCNICO SERVIÇO DE SAÚDE	26	12	38
TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE	120	20	140
Total Geral	470	72	542

Fonte: Gerência de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Destes 140 profissionais, segundo a Gerência de Gestão do Trabalho, 37 eram Terapeutas Ocupacionais em CERSAM. O quadro abaixo apresenta em qual regional estavam alocados e o vínculo empregatício com a Prefeitura.

Tabela 2. Terapeutas Ocupacionais em CERSAM

REGIONAL	CONTRATOS ADMINISTRATIVOS	EFETIVO	Total Geral
CERSAM	12	13	25
Barreiro	1	1	2
Leste	2	3	5
Norte	2		2
Nordeste	3	1	4
Noroeste	1	3	4
Oeste	1	2	3
Pampulha	1	1	2
Venda Nova	1	2	3
CERSAM AD		3	3
Barreiro		2	2
Pampulha		1	1
Total Geral	12	16	28

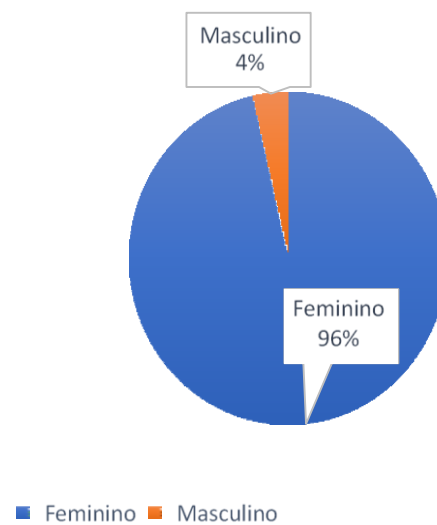
Fonte: Gerência de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Em um paralelo entre as informações advindas da prefeitura e as de campo, nota-se

discrepância. Chama-se a atenção para a ausência, na contabilização da prefeitura, de Terapeutas Ocupacionais na atenção primária. Informações sobre a presença de duas terapeutas ocupacionais nas ESM vieram dos próprios profissionais da rede.

Mais informações adquiridas no campo podem ser visualizadas nos gráficos abaixo. A porcentagem é realizada considerando-se 23 profissionais como 100%, uma vez que 4 entrevistas foram perdidas por questões técnicas.

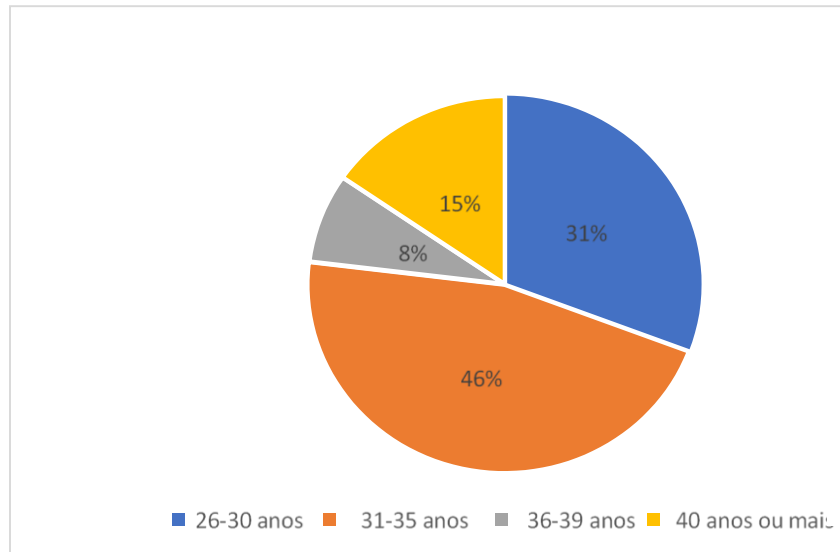
Figura 1. Gráfico: Sexo de Nascimento dos entrevistados



Fonte: Dados da pesquisa

A área de Terapia Ocupacional é composta, em grande parte, por mulheres, característica advinda desde a criação da profissão, por ser remetido ao ato de cuidar, o que à época era evidenciado e circunscrito ao mundo feminino. Apesar das mudanças nas percepções de cuidado ao longo dos últimos cem anos, ainda é notável a presença desse gênero de nascimento na profissão.

À época, sabia-se de outro terapeuta ocupacional do sexo de nascimento masculino no CERSAM ad NE, mas não foi possível entrevistá-lo por indisponibilidade na agenda diante das demandas do serviço onde trabalhava.

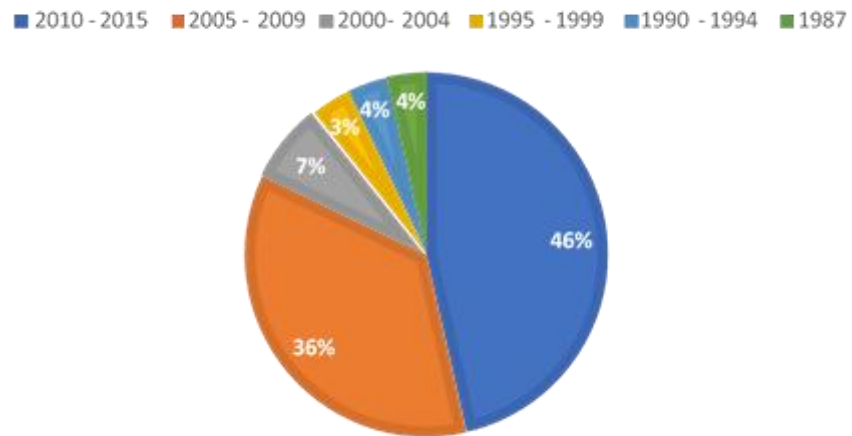
Figura 2. Gráfico: Idade dos entrevistados

Fonte: Dados da pesquisa

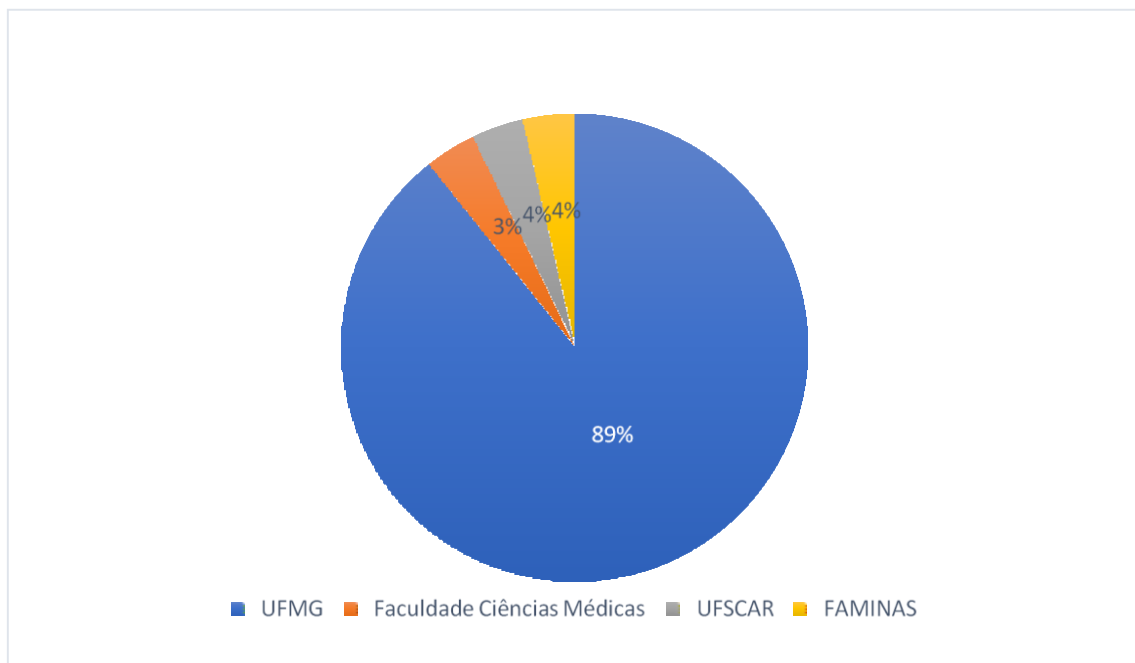
Outro dado marcante é a faixa etária dos participantes, dos quais 77% possuem entre 26 a 35 anos. Todos os participantes dessa faixa etária começaram sua atuação depois da reforma psiquiátrica. São profissionais formados, em seus estágios na graduação, em serviços substitutivos ao modelo asilar, ainda que alguns tenham tido experiência com a ideologia hospitalalocêntrica.

Segundo os dois próximos gráficos, os profissionais entrevistados se graduaram em grande parte na década de 2000 (a lei antimanicomial é de 2001), e na UFMG, o que leva a questionamentos sobre como o currículo da época e os campos de estágio influenciaram na inserção desses trabalhadores na rede de saúde mental.

Ainda que de forma rudimentar e com dados apenas desta pesquisa, é possível afirmar que a UFMG, neste período, tinha discentes atuando em vários serviços da rede de saúde mental municipal (CERSAM, centros de convivência, SRTs e UBS). Esse fator dialoga com a proposta da universidade pública de formar profissionais para as demandas de serviço da sociedade.

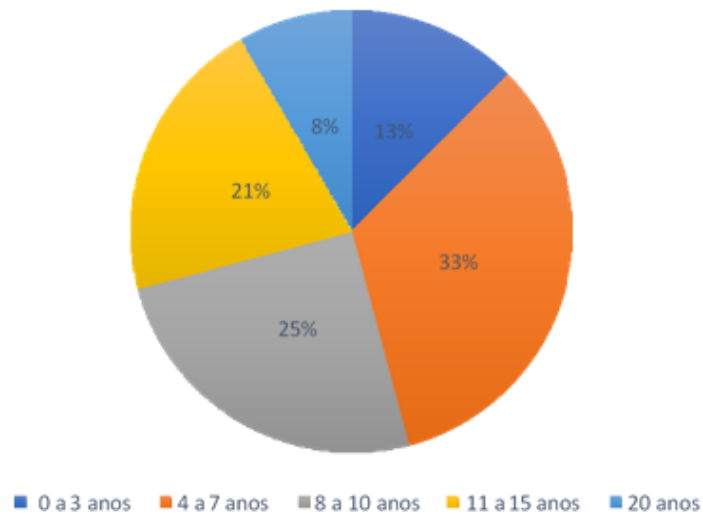
Figura 3. Gráfico: Ano de graduação dos entrevistados

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 4. Gráfico: Instituições de graduação dos entrevistados

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 5. Gráfico: Tempo de trabalho dos entrevistados na área de saúde mental

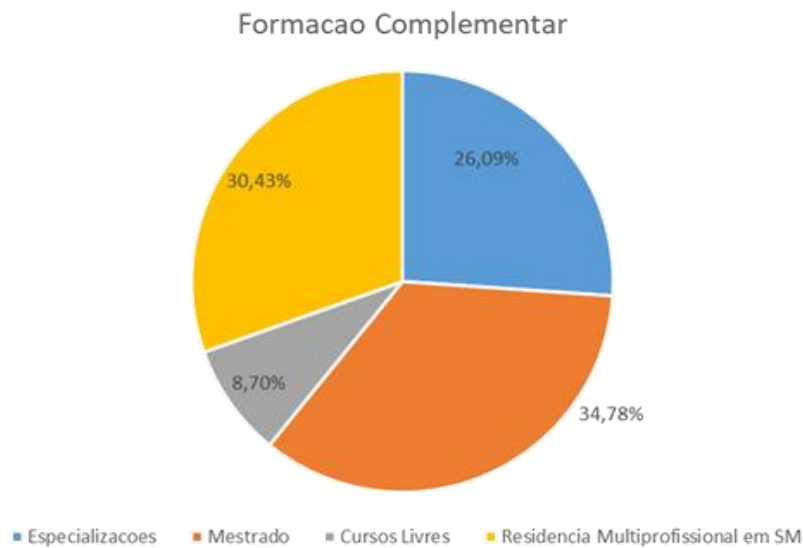


Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se que o serviço público foi importante empregador desses profissionais. Independente do vínculo empregatício, todos, a época da pesquisa, trabalhavam na saúde mental desde que se formaram ou começaram a trabalhar em menos de 2 anos após a formatura. Isso explicita como a rede pública é um mercado que absorve os profissionais formados por ela.

Acrescenta-se que todos as entrevistadas possuíam formação extra, seja em curso livre específico na saúde mental com carga horária superior a 40 horas, seja em especialização ou residência, em processo de mestrado ou doutoramento, ou com mestrado. Essas formações possuem foco em saúde mental ou saúde pública. Sendo que algumas especializações e todas as residências advêm tanto da parceria municipal com a Escola de Saúde Pública, que visa formar trabalhadores que já atuam no SUS para atuar nele (ESP, s/d); quando do Programa de Residência Multiprofissional na Saúde, uma parceria do Hospital Metropolitano Odilon Behrens e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Belo Horizonte.

Outras especializações ou mestrados fazem lembrar a busca de conhecimento das terapeutas ocupacionais pioneiras, pois, desenvolveram-se no âmbito da Psicologia, da Cultura, Terapias Complementares ou da Saúde Pública. À época desta pesquisa, em Minas Gerais, não havia pós-graduação *lato sensu* ou *strictu sensu* em Terapia Ocupacional ou em Terapia Ocupacional com ênfase em Saúde Mental. No entanto, já houve na UFMG a especialização em Terapia Ocupacional com foco em Saúde Mental, sendo a última turma de 2011.

Figura 6. Gráfico: Formação complementar.

Interessante ressaltar que a rede pública de saúde mental de Belo Horizontina absorve os formados por meio da residência multiprofissional do Odilon Beherens, onde 6 terapeutas ocupacionais entrevistadas fizeram formação continuada. Uma fez a residência em outro Estado brasileiro. Além disso, a contínua busca por conhecimento é marcada, uma vez que todos os profissionais possuem cursos para além da graduação, e todos os cursos fazem interlocução com suas práticas.

Quando perguntados sobre suas trajetórias profissionais, todos os profissionais se referiram à saúde mental desde a graduação, o que mostra não apenas o interesse, mas também a absorção deste campo. Uma disse da associação com a prática na saúde mental e a docência, duas sobre a prática na saúde mental da rede privada além da prática na rede pública, três sobre associação da prática na saúde mental pública com a prática generalista, seja NASF ou clínica privada. Todas apontaram a atuação na rede de saúde pública com foco na saúde mental como constante, ainda que em algum momento a conciliassem com outras áreas ou que as deixassem por algum período de tempo.

O contexto político dos entrevistados nesta pesquisa, durante o doutorado, atravessou, entremeou e está presente na fala destes. Nesse sentido faz-se importante dizer que no período de 2016 a 2020, período deste doutoramento, a saúde mental antimanicomial brasileira passou por retrocessos significativos. Hospitais psiquiátricos foram incluídos a rede de assistência, fomentou-se o aumento de leitos em hospitais psiquiátricos, reduziram-se os investimentos nos serviços substitutivos (BRASIL, 2017) e restringiu-se a ampliação dos cuidados na

atenção básica (BRASIL, 2020).

A caracterização dos participantes, neste estudo, teve limitações. A eles, não foi perguntado sua etnia, condições socioeconômicas, detalhes sobre a trajetória profissional ou formação. Por exemplo, era-lhes perguntado sua trajetória e formação, mas não se adentrava em detalhes, como em que ano foi realizada a prática ou formação; se houve escolha pela prática da saúde mental ou foi o emprego que conseguiu após se formar. Assim como também não foi perguntado como o conhecimento advindo da prática em saúde mental e/ou educação continuada impacta o fazer atual. Ainda assim, as informações presentes são importantes e apresentam um panorama de quem são os participantes, permitindo o desenvolvimento da análise e interpretações dos dados pertinentes as questões deste estudo.

7 DEGUSTANDO O CAFÉ: PARTE 3: ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO

Imagem 7. Saboreando a diversidade no e do café.



Fonte: acervo pessoal.

A análise dos dados pode levar a vários caminhos e interpretações, e, como forma de se ater ao aqui proposto, convida-se o leitor a lembrar os objetivos desta pesquisa: entender a percepção do lazer por terapeutas ocupacionais na interface do lazer com a terapia ocupacional na saúde mental, calcada na reabilitação psicossocial. Ademais, buscou-se averiguar a presença ou ausência do lazer na assistência terapêutica ocupacional, junto ao usuário da saúde mental de CERSAMs da rede de saúde mental pública de Belo Horizonte. Neste caminho de investigação, o raciocínio clínico destes profissionais emergiu, e por ele foi possível compreender a interface supracitada em suas práticas.

Ressalta-se que os conhecimentos relevantes para a compreensão dos dados foram explanados na Xícara (Fundamentação Teórica). Portanto, é na Degustação (Parte 3 - Análise e Interpretação dos Dados) que se dá um passo com as – e para além das – teorias e conhecimentos sobre a triangulação proposta nesta investigação: Saúde Mental, Terapia Ocupacional e Lazer, cada qual embasada por seu saber norteador; Reforma Psiquiátrica Brasileira/Reabilitação Psicossocial; Ciência Ocupacional e Lazer como necessidade humana e dimensão da cultura.

Neste sentido, o intuito aqui foi usar as interpretações dos dados coletados, banhadas no referencial teórico, bem como também nos aprendizados advindos das orientações, nos grupos de pesquisa, nas conversas com colegas da pós-graduação, na minha história no campo da terapia ocupacional e nas relações construídas em minhas experiências de doutorado

sanduíche em Santiago do Chile, Chile e em Kansas City, Estados Unidos da América.

As categorias e temas de análise, apresentados em negrito, são dinâmicos, reflexivos e, por vezes, contraditórios. As fronteiras entre as categorias são fluidas e se tocam, sempre. No entanto, no processo de ler e reler as entrevistas transcritas, fazemos escolhas, já com todos os nossos conhecimentos latentes do assunto.

Neste tecido interpretativo busquei o exercício da autonomia na escrita, que o doutorado possibilita, bem como a responsabilidade pela autoria da escrita, análise e interpretações. Portanto, essa seção da tese será em primeira pessoa.

7.1 COMPREENDENDO O LAZER

Esse tema, **compreendendo o lazer**, abarca as categorias **conceituando o lazer e aprendizagem sobre o lazer**, e está em acordo com o propósito do guia de entrevista semiestruturada, a qual buscava saber como os terapeutas ocupacionais entendem o lazer. As nossas crenças e valores são, ou podem ser, força motriz em nossas ações e, por isso, é importante iniciar a análise com essa categoria.

Portanto, detectar como os participantes compreendem e o que aprenderam sobre o lazer, aponta para uma indagação potente: será que o aprendizado tem relação com a conceituação?

Um dos elementos recorrentes, presentes no lazer, trazidos pelos terapeutas ocupacionais foi o prazer:

Acho que lazer é uma atividade que a gente faz por prazer. Por prazer, por desejo, para distrair, para se divertir, acho que é uma atividade que a gente faz sem um propósito muito, como eu vou dizer... não que é sem propósito, porque quando a gente desenvolve uma atividade de lazer a gente tem um propósito, mas algo com sentido de diversão, que dê prazer, algo que te traga uma alegria (Participante Adriana).

Lazer é uma dimensão da vida humana que eu acho que está muito ligada a experiências de prazer, a experiências.... (Participante Ana Paula)

Eu acho que, primeiro o lazer tem muito a ver com o prazer, com alguma coisa que é escolhida, que vem de um desejo da pessoa. Alguma coisa que ela eleja como algo prazeroso para se fazer. Mas, eu acho que o mais marcante, pra mim, é uma coisa de ter uma escolha, de ser algo que vem de um desejo, é... e que gere prazer, prazer, bem estar (Participante Bruno).

Lazer para mim é o colorido da vida. É quando a gente pode encontrar os prazeres de verdade, aquele que inspira, aquilo que constrói a gente para além das teorias. Lazer pra mim é o que dá leveza, prazer. Recarrega, uma outra energia, alimenta os sonhos, acho que diz disso para mim (Participante Carmen).

Eu acho que o lazer é um momento prazeroso de reflexão, é... um momento de... de um olhar muito voltado a você, de refletir sobre sua vida, e um momento de distração, descontração e completamente essencial pra vida do ser humano. Eu vejo assim. Humm... Riquíssimo assim. Eu falo que eu uso tanto assim” (Participante Johana. (Nota da doutoranda: participante pausa frequentemente)

É alguma atividade ou alguma coisa que você faça. Fora do seu horário de trabalho, no sentido de te dar um certo prazer. São coisas prazerosas, que as vezes você faz com as pessoas que você gosta, as vezes sozinho. No sentido também, de dar uma aliviada nas coisas do dia a dia (Participante Katia). (Nota da doutoranda: Diz claramente e de forma enérgica da relação do lazer com o prazer. Pausa para pensar se há algo além desta característica. E a retoma como definidora)

São as atividades que as pessoas fazem que dão prazer. Que elas fazem por gosto (Participante Marília)

O lazer é uma atividade que você faz de forma espontânea, que não precisa ter hora marcada, não precisa ser um compromisso, é uma atividade que você faz por puro gozo, que ela tem o fim em si mesma e que ela não tem um compromisso com alguém, ou com o tempo, ela é o fim em si mesma (Participante Marta).

Eu entendo o lazer como atividades que você faz de maneira prazerosa, de livre escolha, com gerenciamento do seu tempo, porque tem que caber uma atividade de lazer (Participante Nise).

Lazer, pra mim, é alguma atividade que o sujeito faça de sair do local normal pra ele, do que é comum do que é normal e que tenha alguma relação com o lúdico e tenha alguma relação de prazer, de acolhimento, que possa trazer pra ele algum pertencimento, sabe assim. Pra mim, esse é um pouco do significado, significante de lazer (Participante Catherine).

Lazer é uma atividade prazerosa, que é quando estamos envolvidos em alguma atividade significativa, prazerosa na qual eu possa relaxar, ter prazer mesmo naquilo que eu estou fazendo. Algo que tem um significado, que é prazeroso pra mim, que é mais contextual, um momento pra relaxar, pra divertir quando eu não estou em atividade produtiva. (...) Qualquer atividade que te traga prazer (Participante Rute)

Em todos os eventos, conversas e mensagens sobre o tema lazer que já participei, seja em ambientes formais ou informais, ele sempre é remetido ao prazer. Em um mundo no qual a valorização do ser humano é associada ao mercado de trabalho, trazer essa ideia de lazer como prazer, diversão/divertimento, gozo que gera sentido, o torna uma ação divergente, que tem potencial para incluir a diversidade.

No mundo capitalista em que a homogeneização e linearidade é preconizada como um valor, o prazer e a diversão com sentido vem divergir, trazer de fato uma alegria, como dito pela participante Adriana, ludicidade, por Rute, e alimentar sonhos por Carmem; momento riquíssimo que traz reflexão com ação e vice-versa.

Algumas das ideias que as participantes da pesquisa trouxeram para o lazer, tais como: prazer, gozo, ludicidade, alegria, acolhimento, pertencimento, escolhas e bem-estar, podem contribuir para ampliarmos questões teóricas sobre o lazer.

O conceito de Gomes (2014) para o lazer, com a ideia de práticas culturais que tenham

ludicidade, pode com essa pesquisa ser ampliado, pois, as participantes falam do lazer como algo que gera uma sensação de prazer. O lazer compreendido pelos terapeutas ocupacionais entrevistados e refletido como uma vivência cultural permeada pela ludicidade e reforça o senso de si e de pertencimento social.

O prazer e o lazer se confundem, e essa ocupação é definida pelos participantes como algo que se vivencia de forma espontânea, relaxada e divertida. É, também, acolhedora ao permitir, à pessoa que a realiza, sair do local comum e experimentar outras vivências, ter um gosto próprio, voltar para si, promover uma reflexão sobre si mesma e trazer um colorido na dimensão humana. Esse aspecto do lazer com prazer também pode favorecer uma construção subjetiva própria, que cada um dos participantes vivencia de maneira singular, um estar consigo mesma.

A vinculação citada entre lazer e prazer era esperada por mim, uma vez que em artigos e textos da terapia ocupacional, sejam norte-americanos ou latino-americanos, os quais já foram referenciados nesta tese, estes termos são recorrentes.

Outro elemento frequente em produções terapêuticas ocupacionais é a conceituação de lazer desenvolvida por Parham e Fazio, no livro *Recreação Pediátrica* (2000), e que serviu de base para apresentar o lazer como uma ocupação na *Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo*, criada pela Associação Americana de Terapia Ocupacional.

Trata-se de uma ferramenta-guia que auxilia a estruturação da prática e do raciocínio clínico de terapeutas ocupacionais. Nela consta que lazer é uma “Atividade não obrigatória que é intrinsecamente motivada e realizada durante o tempo livre, ou seja, o tempo não comprometido com ocupações obrigatórias, tais como trabalho, autocuidado ou sono” (PARHAM; FAZIO, 1997, p. 250 *apud* AOTA, 2015, p.22).

No entanto, essa compreensão não dialoga com a escolhida para esta tese de lazer como ocupação e necessidade humana e dimensão da cultura uma vez que ela aponta segregações entre as ocupações e por tanto as necessidades humanas não seriam sinérgicas. Faz se interessante notar que esta conceituação, que tem sido perpetuada na Terapia Ocupacional há muitos anos, é observada na fala dos participantes, mas estes também apresentam brechas nesta. A participante Marta afirma que “O lazer é uma atividade que você faz de forma espontânea, que não precisa ter hora marcada, não precisa ser um compromisso” e a participante Rute cita a importância do contexto para o exercício do lazer. Esses recortes demonstram que a compreensão de lazer das participantes citadas navega entre o conceito aprendido e estabelecido não apenas na Terapia Ocupacional, mas também na sociedade em

que vivemos na qual é pregado “primeiro a obrigação, depois a diversão” e, o entendimento de lazer como necessário, possível em sinergia com outras ocupações e uma expressão prática da cultura vigente.

Ao longo da tese, caro (a) leitor (a) a contraposição exposta acima será presente nas falas dos participantes, sendo por vezes questionado até que ponto a compreensão de necessidade humana e dimensão da cultura se aproxima ou se distancia da compreensão dos participantes. Tenha isso contigo ao seguir a leitura, pois não há uma resposta taxativa. Observa-se, no entanto, que há respostas por parte dos participantes que se aproximam e outras que se afastam da fundamentação teórica escolhida nesta tese e que o exercício de se pensar sobre esta ocupação, algo que não se faz comum no cotidiano profissional pode ter fomentado reflexões sobre os entendimentos de lazer e as práticas profissionais.

Um exemplo da emergência dessas reflexões é sobre a presença do prazer nas respostas, o que me faz pensar que sendo os participantes desta pesquisa trabalhadores da rede de saúde mental substitutiva ao hospital, onde estaria o lazer-prazer nessa prática? Uma possibilidade é pensar pelo viés de Silva *et al.*, (2017) os quais relacionam a ocupação às formas de existir no mundo. Nesse sentido, o lazer correlacionado com o prazer poderia ser um meio de acolher e construir espaços, nos quais os usuários da saúde mental pudessem se sentir pertencentes, uma vez que este público vivencia no dia a dia, muitas vezes, como efeito de estigma social, um não pertencimento simbólico e social. Por esta linha de pensamento, o lazer, como ocupação, denota a possibilidade de uma experiência humana ao produzir, acolher e reafirmar a diversidade cultural da vida.

A associação do lazer com o prazer, apresentada pelos participantes da pesquisa leva à ideia do pertencer a si mesmo, tornando lazer-prazer-pertencimento. Pertencer vai muito além de estar em um relacionamento positivo, ele inclui sentir-se seguro e “cabernet” naquele lugar e relacionamento (LAMBERT *et al.*, 2013).

Ter um sentido na vida (*meaning*) está interligado com o senso de pertencimento. Sendo que indivíduos que se sentem pertencentes, no sentido subjetivo, geralmente enxergam sentidos na vida e sentem que sua vida tem sentido. (LAMBERT *et al.*, 2013). Esse movimento de sentir-se seguro e de busca de sentido poderia favorecer o prazer. Tal como vivenciar o lazer em meio a um grupo, no qual a pessoa se sinta parte ou se reconhece nele, ou em local onde a pessoa se sinta segura, sem risco de morte real, por exemplo, e neste contexto estar aberta à possibilidade de fruição do prazer e vivência do lazer.

Pertencimento dialoga com exercício efetivo da cidadania por meio da inclusão e participação social (BULLA; SOARES; KIST, 2007). Participação social que é impactada

pelos processos de reconhecimento de identidade e subjetividade, os quais são potencializados pelo pertencimento social (TAVARES, 2014). Nesse sentido a relação lazer-prazer-pertencimento pode favorecer a participação social.

Embasada pela psicologia social crítica, Tavares (2014) reforça a importância de um mínimo para o exercício do pertencimento, caracterizado por ela como de direito, elementar e necessário à vida humana. Esse mínimo tratado como condições fundamentais, perpassa a

saúde física e mental, autonomia, direito à informação, conhecimento de si e da sua cultura, autoaceitação, oportunidade de conhecimento de outras culturas, enfim, uma gama de condições que são requisitos para que o indivíduo se sinta sujeito e capaz de participar voluntariamente dos processos de interação social. (TAVARES, 2014, p.195).

Contudo, como uma sociedade neoliberal pode garantir, de forma equânime, esse mínimo de autonomia para que haja pertencimento social e, assim, os sujeitos se sintam autorizados por si mesmos a empreender ocupações significativas ou que produzem significado, como, no caso, o lazer?

Concordo com Tavares (2014) que afirma que são as políticas públicas que favorecem a equidade. Uma vez que equidade não se equipara à igualdade, mas à oportunidade e acesso a todos, independentemente do que lhes é barreira ou limitação para o alcance de seus objetivos. Na medida em que elas podem forçar a balança da justiça em prol de um equilíbrio, que não virá, mas pode estar mais perto, do que sem essa intervenção.

Por conseguinte, as políticas públicas devem trabalhar junto aos corpos assujeitados para a (re) descoberta de suas potencialidades, inquietações e movimentos de autonomia e liberdade. Ressaltando que, favorecer não significa se responsabilizar na totalidade, mas gerar oportunidades para que as pessoas acessem e desfrutem do que lhes é direito.

Dialogando com a visão de lazer proposta por Gomes (2014) e a forma de pensar a ocupação pela Ciência Ocupacional clássica, mas, principalmente a transacionalista, é que o que se sobressai não é a ocupação em si. O que se torna foco de atenção nas ocupações são as relações com os elementos subjetivos da vivência íntima, e com os elementos do macro (sociedade, políticas, relações de poder, etc.). Parte do princípio de que não há um determinismo em que o meio faça a pessoa, mas, que o meio impacta em como e onde as pessoas desenvolvem suas ocupações, seus desejos.

Assim, os “ismos”, classismos, sexismos, racismos, capacitismos, todos considerados formas de opressões, influenciariam nas escolhas laborais, educacionais, de autocuidado e também de lazer dos indivíduos. A compreensão de como as opressões influenciam a escolha

e vivência das ocupações pode favorecer a mudança na postura de assujeitado, refletindo nas vivências e entendimentos das ocupações, no pertencimento, na relação com o prazer e na experiência de lazer, por exemplo.

A perspectiva de enxergar a relação ser ocupacional e ocupações, entendendo as interseções com a macro e micropolítica, as opressões cotidianas e as resistências de sobrevivência é característica da consciência ocupacional. Esta se “refere à consciência permanente sobre a dinâmica da hegemonia e ao reconhecimento de que as práticas dominantes são sustentadas pelo que as pessoas fazem no dia a dia, com implicações para a saúde pessoal e coletiva”¹⁶ (RAMUGONDO, p.488, 2015, tradução livre realizada pela doutoranda).

Um exemplo de consciência ocupacional é quando um grupo de 20 homens pertencentes ao público LGBTQ+ de Bragança, Pará, Brasil, decide jogar vôlei toda noite, na quadra que fica “nos fundos” da praça, oposta a quadra principal com “muito grito, muita frescura, muito barulho, muita veedagem e muito afronte (termos cunhados no campo que representam performances valorizadas pela população LGBT na praça, e que dão indícios de afirmação de identidades, de permanências e de poder)” (CAMPOS, 2020, p.2). Neste fazer há reafirmação de: 1) Escolha de lazer como pertencimento social e prazer. 2) Que os participantes estão cientes sobre as relações hegemônicas (heterossexualidade) e contra hegemônicas (homossexualidade, por exemplo) naquele pedaço; 3) Da influência das relações de poder em uma prática cotidiana.

A consciência ocupacional se dá, então, como um constructo de uma ciência ocupacional que amplia para as relações contextuais e sociais. Ela

ressalta essa resistência, **sugerindo algum nível de alerta para com o fazer cotidiano que se cruza com a opressão** e é necessário nos níveis individual e coletivo, a fim de interromper o ciclo pelo qual as subjetividades desenvolvidas por meio da governabilidade são sustentadas. **A consciência ocupacional enquadra a ocupação humana como uma resposta possível. Esta resposta é essencial para uma vida digna, especialmente para aqueles que são oprimidos pela circulação de discursos dominantes** (RAMUGONDO, 2015, p.495, negrito e tradução livre da doutoranda).

A compreensão de lazer, portanto, não pode negligenciar a consciência ocupacional, pois, esta influi (ou pode influir) no pertencimento social. Este se refere a como a pessoa se sente em sua própria pele e contexto, a ponto de se sentir confortável ou não para expressar ou

¹⁶ Citação original: “It refers to ongoing awareness about the dynamics of hegemony and recognition that dominant practices are sustained through what people do every day, with implications for personal and collective health” (RAMUGONDO, p.488, 2015).

não sua ludicidade. Como o time de vôlei, que resiste à opressão heterossexual ao, todos os dias, apropriar-se de seu lazer no seu pedaço. (CAMPOS, 2020).

A consciência ocupacional é apresentada, apesar de não utilizar este termo, na fala da participante Marisa.

Eu gosto de compreender que a gente vive no mundo do trabalho, que a gente tem essas relações, do capital e do trabalho influenciando de diversas maneiras na nossa vida. Quando eu penso o lazer, eu penso um pouco neste viés, ... **a gente tem uma sociedade capitalista, onde o trabalho nosso é explorado, enfim é... e o lazer, neste contexto... (...); (...)** **lazer é o pouco, o quê que a gente faz com o tempo livre.** São momentos, são ações, são atividades, em que a gente procura um bem-estar, de alguma forma, em momentos, em oposição a alguns momentos do trabalho, digamos assim. Então, eu penso um pouco isso assim. (...) **quando a gente vai pensar o lazer, a gente não pode tá pensando no trabalho, não pode tá pensando em outras coisas, a gente tem que tá pensando naquilo que é importante pra gente, naquilo que nos diverte, naquilo que nos deixa bem, saudável... com bem estar, assim.** (Participante Marisa. Negritos da doutoranda)

A fala da participante Marisa poderia ser reduzida ao binário lazer e trabalho e, aqui, eu poderia traçar toda uma reflexão sobre autores que defendem a ideia de tempo livre e das dimensões da vida segmentadas, mas Marisa aponta mais do que isso. Ela aponta o contexto de opressão em que as pessoas trabalham e vivem. Portanto, o lazer se apresenta não como um convite de ocupação fora do trabalho, mas como forma de resistência, que requer “fuga” de qualquer pensamento que gere angústia, de algo “que nos deixa bem”. Marisa aponta consciência das relações entre ocupação e contexto.

Eu acho que lazer é uma possibilidade... **é uma possibilidade de sair da coisa do dia a dia, sabe assim? Do dia a dia, do cotidiano, daquela coisa cansativa do trabalho.** Eu acho que o lazer é uma coisa que foge... pra mim, **lazer é uma coisa de alegria; de uma coisa de tá longe do tédio, do que é entediante, do que é sofrido.** Lazer pra mim é uma coisa mais, eu só consigo ver, associar essa coisa da alegria mesmo, **do cuidado com a gente, de ter assim um tempo pra gente ficar bem, sabe?** Acho que o lazer é isso. (Participante Laura. Negritos da doutoranda)

A rede pública de saúde mental teve vários retrocessos desde o Governo Dilma (2011-2016) até os dias atuais, que impactaram no cuidado ao usuário da saúde mental. Houve falta de recursos humanos (poucos profissionais de todas as disciplinas para a crescente demanda), recursos materiais (falta de caneta e papel, café e leite para o lanche dos usuários, por exemplo) e de estrutura física (com unidades inapropriadas).

Ao testemunhar e vivenciar o impacto de tudo isso, aliado ao excesso de trabalho para prover o cuidado, apesar do contexto, cansaço é gerado, o qual não é restrito ao fazer profissional. Nesse sentido, o lazer se torna, na fala da participante uma alegria/fuga ou uma

fuga alegre que permite se distanciar do sofrimento e ficar bem. Ao ilustrar o efeito da relação contexto-vida cotidiana, a fala da participante Laura demonstra consciência ocupacional e me remete ao contexto sócio político histórico e cultural que o Brasil tem vivido e, o qual descrevi brevemente na secção 2 da análise, ao apresentar o contexto desta pesquisa e seus participantes.

Partindo das falas dos participantes sobre a conceituação do lazer, penso que o lazer, em uma perspectiva terapêutica ocupacional, inclui, em alguma medida, a consciência ocupacional. Nesse sentido o prazer expresso por estes profissionais, não é apenas o prazer como clímax de uma vivência leve, divertida, relaxante e feliz, mas que comporta tensões. Tais apreensões são advindas das complexidades humanas referentes à subjetividade e às particularidades produzidas nos encontros da construção de pertencimento social e advindas dos contextos sociais.

A partir desta reflexão, entendo que a interconexão do lazer-prazer-pertencimento se relaciona diretamente com os processos *polis* das pessoas e da sociedade em geral, sendo tão dinâmico quanto as pessoas e seus cotidianos.

Considerando a dinamicidade da vida cotidiana e as relações lazer-prazer-pertencimento pontuadas pelas participantes desta pesquisa, na terapia ocupacional pode-se pensar o lazer como ocupação conectada com o prazer, que abarca noção de pertencimento social vinculado à constituição de expressão de subjetividades diferenciadas e que, quando presente, a consciência ocupacional pode favorecer alerta às opressões e promover resistências a elas.

Se, a fala dos participantes nos remete a esta construção de entendimento do lazer supramencionada, como os elementos marcados por ela – prazer, pertencimento, autonomia, expressão de subjetividades e consciência ocupacional – estão presentes no aprendizado dos terapeutas ocupacionais entrevistados?

Há, portanto, vários elementos importantes e intensos nessa compreensão de lazer apresentada, os quais já foram abordados e reforçam a necessidade de serem constituídos e reconstituídos, em um processo de aprendizado pelos terapeutas ocupacionais para que possam potencializá-los para consigo e para com os seus usuários. Acredito que aprendizado é um processo dinâmico e que se dá em relação a algo, alguém ou situação. Assim sendo, ele se dá em vivências acadêmicas ou pessoais, as ditas informais. Por vezes um influencia o outro e vice-versa. A fala do participante Bruno traz esse sentido e será aqui segmentada para enfatizar os pontos relevantes para esta conversa, inaugurando a análise da **categoria aprendizagem**.

Eu entrei no Sarandeiros antes de começar a faculdade, meses antes, por causa de uma coisa de greve. O Sarandeiros começou antes. Então desde o início eu tive muito dentro da faculdade de educação física. E eu tive muitos amigos, colegas lá do grupo que estudavam lazer. Então, eu pegava umas caroninhas ali, de ouvir coisas, de me interessar por alguns temas, de conversar junto com eles (Participante Bruno).

O Sarandeiros é um grupo de dança parafolclórica da Escola de Educação Física da UFMG. Ele acolhe dançarinos da comunidade universitária e fora dela, desde que aptos após teste. Bruno aponta a importância do aprendizado que ocorre fora dos projetos político-pedagógicos, o extraclasse ementa ou plano de aula: o potencializado pelas relações. O estar junto, o interesse de Bruno e a disposição de pessoas que compartilhavam interesses auxiliaram seu aprendizado sobre o lazer.

O estudo do lazer na UFMG é formalmente aprofundado pelas graduações de Educação Física, Turismo e Terapia Ocupacional, sendo nesta última, uma disciplina ofertada pelo departamento de Educação Física. Algumas participantes da pesquisa relatam essa correlação do lazer com a educação física.

Joana: Eu tenho estudado pouco, muito pouco, eu tenho contato assim com amigas que fazem mestrado no lazer, mas são todas da educação física, mais voltado para o esporte.

Entrevistadora: E na graduação?

Joana: A graduação foi há pouco tempo, eu formei em 2015. Mas estudava pouco também, muito pouco (o lazer) ...

Tive com Mario¹⁷... Eram muitas leituras, ele passava o texto e a gente discutia. Isso eu lembro. Nós tivemos algumas vivências, não foram muitas, foram duas ou três. É uma disciplina curtinha. Mas era muita discussão, muito dinâmica... eu não tô conseguindo lembrar, mas raramente tinha slide. Era mais discussão, mais livre. A gente lia antes de ir pra aula, então a gente conseguia conversar durante a aula.

Marisa: Eu lembro, Adriana, de ter lido algumas coisas sim, mas eu não lembro muito. Eu lembro de ter lido principalmente porque a gente sabe que tem a linha de estudos lá na Educação Física. É da EEEFTO, mas e principalmente da educação física ne?

Eu sei que eu já li alguma coisa desse (Mário), e sei que ele é da UFMG. Mas, lembrar mesmo, não lembro não. Eu lembro que já li algumas coisas, na graduação principalmente.

Entrevistadora: E fez alguma diferença para você?

Ah, não foi alguma coisa que me marcou muito não. Mas eu lembro que me chamou atenção. Eu lembro que era alguma coisa interessante, porque eu lembro que o pessoal lá da educação física tinha uma perspectiva crítica do lazer. Então, é isso que eu lembro. Que me marcou por isso.

Salete: Na verdade, a minha aproximação foi com essa disciplina jogos brinquedos e brincadeiras, foi a minha aproximação, e com um professor que é do programa de

¹⁷ Nome fictício do professor que ministrava a disciplina Estudos do Lazer na graduação de Terapia Ocupacional.

lazer, que é o Juquinha¹⁸. Pensar a brincadeira, para o adulto inclusive, quanto uma possibilidade de lazer. Então, me suscitou algumas questões. Pela perspectiva dele. Uma perspectiva mais cultural, de uma relação com a cidade. Uma coisa, mais das práticas culturais, o que os espaços dizem das práticas possíveis ou não possíveis. A questão de grupos também, identitários. O que é mais comum, até questão de classe também. Isso tudo, essa aproximação com o Juquinha me permitiu pensar, nessa perspectiva. Depois eu fiz na educação mais uma disciplina: educação física.

Das falas apresentadas ressaltam-se a aproximação com disciplinas e projetos de extensão da Educação Física; o reconhecimento de que as disciplinas dialogam com algo aprendido na Terapia Ocupacional; a ausência e presença dos estudos do lazer na Terapia Ocupacional e a relação com o conhecimento do profissional.

O projeto político-pedagógico da Terapia Ocupacional na UFMG foi reformulado em 2008 (UFMG, 2008) e, a partir desta data, houve inclusão de disciplinas que antes tinham seus temas diluídos na grade curricular. Um exemplo é a disciplina de Estudos do Lazer, que possui 30 horas (UFMG, 2008). O que parece pouco, mas, anteriormente, na maioria das vezes, o lazer era mesclado ao brincar ou a recreação em disciplinas com foco no desenvolvimento infantil, assim como em livros de referência da Terapia Ocupacional, quando possuem capítulos sobre essa temática.

Interessante observar que, a partir de 2008, outras áreas temáticas (Estudos das Atividades da Vida Diária, Estudo do Trabalho, Estudos do Brincar) também ganharam possibilidade de estudo aprofundado dentro do novo currículo, com a mesma carga horária, créditos e obrigatoriedade, mas são ministradas pelo departamento de Terapia Ocupacional.

Penso ser importante refletir como os estudos sobre o lazer poderiam ser apresentados aos terapeutas ocupacionais, seja na graduação ou em pós-graduações em Terapia Ocupacional, a exemplo das existentes na Universidade Federal de São Carlos e na Universidade de São Paulo. Nessa perspectiva, alguns autores da Terapia Ocupacional têm buscado reconhecer a necessidade do aprofundamento nos estudos do lazer pela Terapia Ocupacional, tais como: Almeida *et al.* (2018); Martinelli (2008; 2011); Saito (2008); Queiroz *et al.* (2020, no prelo); Queiroz; Barreto; Couto; Brito (2020); Queiroz; Barreto; Frois (2019); Arévalo; Yáñez (2016); Maia; Leal (2019).

Reflico se seria produtivo para os discentes as disciplinas envolvendo saberes interdisciplinares serem ministradas conjuntamente por terapeutas ocupacionais e outros profissionais que também estudam o tema, e fossem criadas ações interdisciplinares ou transdisciplinares. Logo, a presença de um professor de Terapia Ocupacional poderia

¹⁸ Nome fictício de um professor da Educação Física que também desempenha atividades no departamento de Lazer.

sustentar um contínuo diálogo entre o macro do tema – apresentado interprofissionalmente (HALL, 2005), dialogando com a Educação Física e o Turismo, por exemplo, e o detalhado, conectado, identificado e refletido criticamente, com o objeto e saberes da Terapia Ocupacional.

Assumo que tenho dúvidas se o interprofissionalismo seria a melhor saída para a apreensão das nuances teóricas e empíricas do lazer. Ele permite que as profissões se apresentem, conheçam-se, comuniquem-se, saibam de fato o que cada uma faz e como se complementam e se misturam, além de que ajam conjuntamente em prol de um bem comum (HALL, 2005; FARIA *et al.*, 2018). No entanto, para que alcancem essa sintonia de trabalho, faz-se necessário que cada profissional, além de se despir de seus valores e crenças para compreender abertamente os do colega, tenha claro quais são os seus. É baseada nesta reflexão que escuto os participantes Bruno e Carmen.

E aí, sei lá, acho que vi o lazer na faculdade, pensando nessa coisa estrutural. Do que é de ocupação, AVD, trabalho e lazer. Mas, não passava daí. O estudo aprofundado do lazer, eu acho até que a gente estudou um pouco mais, tentando conceitualizar um pouco mais, mas também não passou daí. **Nada que me ajudasse, que tenha me marcado a ponto de entender que aquilo ali era um lugar de investimento do meu trabalho.** Acho que foi muito mais por fora que **eu fui compreendendo isso e a partir do trabalho clínico mesmo que isso foi tomando um lugar assim que eu não consigo abrir mão dele mais.** (Participante Bruno, grifo da doutoranda)

Entrevistadora: E o que que tinha de lazer nessa formação?

Carmen: Na formação da T.O.? Nada. O que eu estudei foi o que estava lá muito restrito no **modelo da ocupação humana**, lazer é isso, lazer é aquilo outro. **Esse entendimento, não tem aprofundamento.** No meu curso de... formei em 2005, 15 anos...

Entrevistadora: Mas, você não teve nenhuma disciplina, nenhuma optativa?

Carmen: Nada. Nem proposta. Nem que a gente pudesse: nossa que interessante! Não. **Eu vi isso lá dentro dos eixos de forma limitadinha.**

Entrevistadora: Na época era a terminologia uniforme da AOTA.

Carmen: É o que a gente tinha. Tinha eram as disciplinas de recursos terapêuticos e que mais era voltado a primeira parte para atividades expressivas mais lúdicas e a outra parte para as atividades de artesanato. Num tive, não tive. E isso era uma questão pra mim inclusive desde sempre. **Os nossos pilares nunca foram de fato aprofundados. Nem o trabalho, nem o lazer, nem as atividades de vida diária.** Não foram de vida diária e de vida prática. **Era tudo na leitura. Tudo no teórico.** Ai como atividade de vida diária é mais consistente, teve uma pega maior de explorar um pouco mais as AVDs, tudo pela via da teoria. (...) (Participante Carmen)

Como dizia uma professora no meu primeiro período de graduação “beber água em outros saberes” não me parece em nenhum momento perda de tempo, ou errôneo, ou ainda perda da identidade profissional se esse saber é conectado e potencializa o fazer profissional. Me chama atenção a fala do participante Bruno quanto a “nada que me ajudasse (...) a ponto de entender que ali era um lugar de investimento do meu trabalho”.

Sendo o lazer uma ocupação humana – e terapeutas ocupacionais são especialistas em ocupações –, não seriam todas as ocupações “lugar de investimento do trabalho” se identificada uma demanda do indivíduo ou comunidade?

E para identificar, não caberia ao profissional, assim como Bruno, entender que é lugar de investimento do trabalho do terapeuta ocupacional? Enquanto vejo o interprofissionalismo como uma saída interessante de compreensão de ocupações que são estudadas por várias disciplinas, também vejo que pode realçar a dificuldade da academia em aprofundar conhecimentos em algumas ocupações, no caso o lazer.

Concordo com a participante Carmen sobre a importância de se demorar no que define o fazer terapêutico ocupacional, o qual é marcado pela expertise em análise de ocupações no cotidiano de pessoas, serviços e comunidades. Mas, preocupo-me quando Carmem fala que o fazer terapêutico ocupacional não é evidenciado pelo seu objeto, mas por abordagens, modelos e tecnicismos. Esses parecem vazios, sem o tempo necessário de aprendizagem do que deve ser, nas palavras da participante: “caro a profissão”. Bruno aponta uma possibilidade de saída interessante para esse impasse: a prática.

Quando o participante Bruno diz “a partir do trabalho clínico mesmo que isso foi tomando um lugar”, fez-me pensar que a prática interprofissional na docência do lazer pode ser uma saída para o conhecimento de perspectivas críticas de se pensar o lazer e as associações destas com a prática terapêutica ocupacional.

Ressalto, no entanto, que é a vivência dessas correlações, seja por metodologia Prática Baseada em Problemas, por estudos de caso, por teatro, por acompanhamento de grupos em projetos de extensão, ou em campo de estágio, ou de atividade de observação, que pode gerar um aprendizado mais assertivo para que um dos pilares da profissão – como referido ao lazer por alguns participantes – não seja algo diluído na formação e nem negligenciado no cuidado.

Eu acho que a nossa formação é rasa naquilo que nos é caro. Pilar. O pilar pra nós. Então, quando a gente forma a gente fica meio vagando né, até se posicionar diante daquilo e **tomar pra si como instrumento de trabalho.** Eu tomo, tomei, mas quando eu consegui buscar suporte teórico na psicologia social, que foi um pouco do meu trabalho lá, cotidiano que nos organiza no dia a dia, isso é instrumento de trabalho, que não é só fazer prova, órtese, não é só fazer as adaptações, que é assim, o que é mais glorioso da T.O., mais concreto, que você pega, que você produz, isso também tem um reconhecimento maior, isso aparece mais, né. Quando **você tenta trabalhar, organizar cotidiano com esses três pilares fortes, trabalho, lazer e AVD, como isso faz a vida da gente acontecer, isso é a vida,** mas isso não é palpável, mas então a gente tem que fazer isso junto e também não sou eu terapeuta ocupacional que determino isso né, não sou eu que faço. Eu faço isso com a pessoa, ela quem vai me dizer e eu tento ajudar. (Participante Carmen. Grifos da doutoranda)

O cenário de trabalho do terapeuta ocupacional é o cotidiano. Este abarca a rotina, mas não se equivale a ele (QUEIROZ, 2015). É no cotidiano que as ocupações se desenrolam (SALLES; MATSUKURA, 2013). A crítica de Carmen é pertinente, se o terapeuta ocupacional atua no cotidiano, tendo as ocupações como meio e fim em si mesmas, ele deve se sentir seguro para atuar junto a elas.

Um profissional que se identifica como tendo ocupações como meio de trabalho, ou o trabalho em si, deve conseguir dizer delas. Ao meu ver, dizer delas não é partindo de qualidades – importante, fundamental, essencial – mas do porquê e como elas adquirem essas qualidades. Nesse sentido, afirmo que o modo e o aprendizado em si sobre os conceitos, bases das ocupações, refletem nas conceituações que os profissionais entrevistados utilizam na prática. O aprendizado advindo de outras disciplinas agrega como qualificador.

Portanto, para que se evite uma reprodução do conhecimento adquirido em outra disciplina – o que, embora possa esclarecer ações terapêuticas ocupacionais, não necessariamente gera fortalecimento e avanço do entendimento sobre lazer dentro da Terapia Ocupacional –, o processo precisa ser de aproximação ao conteúdo, seleção do que faz sentido para o que se propõe a Terapia Ocupacional e como ele avança na profissão, disciplina e cuidado.

A partir das reflexões sobre as respostas acerca das **conceituações e aprendizagem** sobre o lazer, providas pelos participantes, compreendeu-se que a formação, formal ou informal, influencia a forma como se pensa fenômenos. No entanto, a formação base é moldada, ampliada, questionada e redimensionada pela prática, assim, a educação sobre o lazer para alguns participantes se deu em serviço.

O contexto social se fez presente, haja visto falas que remetem ao pertencimento social e à consciência ocupacional. Destaca-se que o fato dos participantes serem terapeutas ocupacionais atuantes na rede pública de saúde mental, fez-se significativo. Em especial, por atuarem em uma cidade onde a luta antimanicomial ainda é bem marcada no cotidiano dos serviços, servidores e usuários, por meio de como os serviços são estruturados e do norte dado ao cuidado, que é o da reabilitação psicossocial de Benedetto Saraceno.

A partir dos escritos acima, penso se, ao investirmos na vivência do lazer com autonomia, estamos atentos às influências opressoras do contexto socioeconômico político e cultural no cotidiano da clínica e no cotidiano da vida dos usuários. Atentos a tal ponto que nossa prática reflita ações de resistência que fortaleçam a autonomia e possibilidade de pertencimento social e, assim, o usufruto do prazer expresso em manifestações culturais.

Acredito que estas reflexões, potencializam uma terapia ocupacional em diálogo com

o modelo de cuidado escolhido pela rede antimanicomial, mas não definida por ela. E essa autonomia, de se definir para além do modelo de cuidado é importante, pois, há terapeutas ocupacionais atuantes em diversos cenários da saúde mental – hospitais psiquiátricos, clínica de reabilitação para usuários de drogas, rede antimanicomial (residências terapêuticas, centros de atenção psicossocial, centros de convivência, centro de saúde, casas provisórias, consultório de rua, e outros).

Ciente dos diversos ambientes e contextos de cuidado, considerando a triangulação teórica de análise aqui proposta (Reabilitação Psicossocial; Lazer como dimensão da cultura e necessidade humana; e Ciência Ocupacional) e acreditando que as falas da população entrevistada nesta pesquisa podem ampliar a proposta de lazer de Gomes (2014), no âmbito da terapia ocupacional em saúde mental no contexto brasileiro, acredito que o lazer é compreendido como ocupação necessária à vida, que se expressa no cotidiano, construída e expressa na cultura, em um tempo/espaço social por vezes guiado pelas atividades obrigatórias, devido à rotina e contexto de vida das pessoas, mas sempre como uma dimensão da vida humana e que inclui 4 elementos: Prazer; autonomia; pertencimento social; e consciência ocupacional. Entendendo-os como:

- 1) Prazer: elemento que se comunica com a ludicidade, o que remete ao fruir com leveza, sentimentos alegres, relaxantes, felizes e que também pode incluir tensões. Inclui a subjetividade, o que implica em formas diversas de lazer para expressar as multitudes subjetivas;
- 2) Autonomia: elemento que se define principalmente pelo acesso e respeito às escolhas;
- 3) Pertencimento Social: sentir-se incluído, tanto subjetivamente quanto socialmente;
- 4) Consciência Ocupacional: Algum entendimento da importância das relações sociais e contextuais no cotidiano. Sua influência interfere nas escolhas, no sentir-se parte e no desfrute do prazer.

7.2 Lazer no cotidiano

Cotidiano é um termo frequente no vocabulário terapêutico ocupacional. Entendo que o objeto de estudo e prática do terapeuta ocupacional são as ocupações, mas o fio condutor, o cenário, o palco onde elas acontecem, são (re) construídas, encontram barreiras e limitações e se fortalecem em suas potencialidades é no cotidiano. Portanto, o cotidiano é um campo para todo o processo do raciocínio terapêutico ocupacional. A intervenção a partir das ocupações –

meio ou fim – sem a relação íntima que há com o cotidiano, é reducionista. Ao mesmo tempo que olhar apenas para o cotidiano, sem a aproximação com as ocupações, ou como elas se apresentam é insuficiente.

Faz-se comum o uso do termo rotina para se referir ao cotidiano, mas cotidiano não é rotina! Rotina se refere a repetições de padrões. “Ela envolve sequenciamento e combinações de processos, procedimentos, passos ou ocupações. Rotinas especificam o que uma pessoa irá fazer e em qual ordem e, portanto, constituem um mecanismo para alcançar resultados, dados e ordenar a vida” (CLARK, 2000, p. 128S, tradução livre da doutoranda).

Ela é importante, organiza o cotidiano; sua análise se refere, em suma, ao que é feito, a que horas e o que pode regular ou potencializar comportamentos, produtividade e sentimentos. (Da SILVA; MARIOTTI; BRIDI, 2020; CLARK, 2000; SEGAL, 2004). Ainda que tenha mais elementos presentes e que se aprofunde a análise da rotina, a exemplo de olhar cauteloso quanto aos hábitos¹⁹, ela não tem a amplitude de riquezas de um cotidiano.

O cotidiano, por sua vez, apresenta reproduções e produções sociais, inclui a rotina, é único de cada sujeito, pois, abarca as particularidades e singularidades da vida pessoal, emocional, sociocultural e econômica de cada um, e é dinâmico como os tempos sociais (GALLHEGO, 2003; 2020). A riqueza do cotidiano se expressa nas relações formativas dele, que acontecem nos níveis coletivo, individual, privado, público, como por exemplo as relações familiares e as amizades, as relações construídas em espaços institucionais como escolas e associações. “A cotidianidade, portanto, se dá no encontro do singular e do coletivo ao buscar a satisfação das necessidades pessoais e, também, das necessidades coletivas” (GALLHEIGO, 2003, p.108).

Como esclarecido na fundamentação teórica, a terapia ocupacional brasileira sempre esteve intrincada com o contexto histórico e social do país (movimento reabilitador, reforma sanitária, reforma psiquiátrica, por exemplo). De forma que as definições da profissão, no Brasil, em alguma medida, espelham-se e limitam-se a este contexto. Com o termo cotidiano não é diferente.

O termo apareceu de forma enfática na literatura brasileira, como contraponto à categorização do fazer humano em atividades de vida diária na década de 1980, com Berenice

¹⁹ Hábitos podem ser ocupações, como tomar banho, ou padrões comportamentais ou de valores, como apoiar-se em uma das pernas ou sempre colocar o bem-estar dos outros acima do seu próprio. Nessa lógica, hábitos se configuram como elementos repetitivos, automáticos, que podem estar em um nível micro ou macro na vida da pessoa, não necessariamente como ocupações. E que se diferenciam da rotina, diante da dificuldade que se apresenta em quebrar seu padrão automático, embora não sejam desempenhados sempre da mesma forma. (CLARK, 2000)

Rosa Francisco. O termo atividades de vida diária e suas categorizações, são advindos do Hemisfério Norte, onde o que o profissional faz deve ser catalogado e categorizado para fins de pagamento, seja em plano de saúde ou pela política de saúde nacional e/ou regional. Essa não é a realidade brasileira. No Brasil, na rede pública de saúde mental ao menos, a produtividade do profissional é vista por quantidade de atendimentos e não se recebe de forma diferenciada por procedimento. Até mesmo, porque o cargo e o que se espera do profissional, em nível de descrição das funções, em teoria, é o referente a um técnico de referência e não a um terapeuta ocupacional.

Diante da não obrigatoriedade de provar o que e como se faz, a efetividade do que se faz e nem em quanto tempo, dentro do aspecto administrativo/financeiro, os terapeutas ocupacionais brasileiros, em especial os vinculados a saúde pública, podem desenvolver outras tecnologias. Estas, em correlação estreita com as políticas públicas e com o macro e o micro de cada usuário, focando em suas necessidades, independentemente do tempo que levarão para serem cuidadas.

Assim, embora a categorização das atividades de vida diária facilite o raciocínio para alguns profissionais, o mesmo não ocorre para outros, pois, podem entender suas práticas como limitadas. Faz-se possível, no entanto, partindo de uma compreensão didática, atuar a partir do cotidiano e destrinchá-lo em categorias para entendê-lo melhor. É nessa perspectiva que sigo neste texto.

Partindo da importância do cotidiano, incluindo, por vezes, o olhar recortado do mesmo ao se focar em ocupações de vida diária, educação, trabalho, descanso e sono, brincar, lazer e participação social, proponho que ao analisar os dados referentes ao tema Lazer no Cotidiano nos debruçemos sobre suas categorias (escritas em **negrito**). O exercício neste tema é o de investigar e analisar o lazer na assistência prestada pelos terapeutas ocupacionais participantes, em correlação com o contexto do país; com o contexto institucional; e com o contexto dos usuários e dos próprios participantes desta pesquisa.

Dessa forma, este tema será apresentado de forma narrativa, buscando discorrer de maneira conectada sobre as oito categorias que o compõe. Inicio pela categoria **Processo de trabalho** e a precarização deste, por compreender que apresenta o cotidiano dos serviços frente ao cenário nacional. Apresento, em seguida, o **Lazer** e a **Instituição**, a **Inclusão** e o **Desafio de inclusão do Lazer na Assistência**. Do viés institucional transponho para o **Lazer no Cotidiano dos Usuários**, com a clareza de que a perspectiva do lazer deles advém dos profissionais, ou seja, de um terceiro. Reflito sobre como esse terceiro (profissional) pensa e vivencia o lazer, entendendo que seu **Raciocínio Clínico** e o(s) **Lazer(es)** do profissional influenciam em como

estes percebem o(s) lazer(es) dos usuários, assim como influenciam na inclusão ou não do lazer na assistência prestada.

A primeira categoria se centra nos **processos de trabalho e a precarização** deste. Para entender essa precarização, há de se entender o que é o processo de trabalho em saúde mental. Merhy e Franco (2008), ao se referirem ao trabalho em saúde, falam de “trabalho vivo em ato”. “Isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado” (MERHY; FRANCO, 2008, p.430), expandindo a interação para além de profissional-usuário, mas para tudo o que, de alguma forma, influencia a relação, como instrumentos, políticas e normas. Essa interação forma o processo de trabalho, e este forma a interação. O produto é a produção do cuidado.

Referindo-se a Alessi (1977), Santos (2017) afirma que enquanto a hegemonia médica perdurava na assistência prestada à pessoa com transtorno psiquiátrico, as práticas de cuidado não se apresentaram inovadoras, mesmo a equipe não se restringindo ao médico. A centralidade nos hospitais psiquiátricos e a autoridade médica não garantiam cuidado realmente humanizado. Pressupõe-se que este deve incluir prontuário único, reunião de equipe semanal e projeto terapêutico, o que não existia no período de hegemonia médica, mesmo quando se incentivava a recente assistência comunitária e se tinha uma equipe completa (incluindo terapeutas ocupacionais e nutricionistas), além de salários atraentes (SANTOS, 2017).

Se o trabalho em equipe (no contexto da assistência à saúde) implícita ou explicitamente for sustentado por uma perspectiva positivista e hegemônica, teremos um aglomerado de trabalhadores subordinados ao trabalho médico. Nesse caso vemos a compartimentalização dos pacientes, pois o processo de trabalho reproduz os saberes hegemônicos e recorta o paciente em diferentes abordagens muitas vezes contraditórias. (SANTOS, 2017, p. 73)

Portanto, a mudança de paradigma de cuidado redesenhou muito mais que a geopolítica deste. A descentralização do saber e das práticas gerou mudanças no processo e cotidiano do trabalho. O “trabalho vivo” é uma tecnologia que deve ser cuidada pelos trabalhadores para garantir a produção social de vida, em autogoverno, ou seja, pela autonomia do profissional da saúde quanto ao seu próprio fazer. (MERHY; FRANCO, 2008; SANTOS, 2017).

Destaco a fala da participante Marisa para, mais do que ilustrar o processo de trabalho e a precarização ou não deste, contextualizar a reforma psiquiátrica brasileira e dizer como está a rede de cuidado em saúde mental, em Belo Horizonte. Marisa se manifesta a partir do

lugar de quem vive a rede de saúde mental Belo Horizontina como militante do SUS, da reforma e como trabalhadora.

(...). Nós estamos em uma conjuntura que os serviços de saúde ... primeiro a gente tem é **retrocessos claros e não só ameaças**. A gente tem de fato uma coordenação nacional de saúde mental que tá abrindo leitos... que tá **aumentando pagamento de leitos (...) (no) SUS de uma maneira geral, a rede de saúde mental está incluída dentro do SUS, e se não fosse o SUS acho que ela nem existiria**. A gente tem que ter essa clareza também.

Mas, então, a gente tem um contexto muito difícil, um contexto hoje, atualmente... que **você não tem reposição de profissionais que tão de licença maternidade ou médica... a gente tem uma complexificação da situação dos nossos usuários e do contexto de vida deles...** (Os usuários) não são mais os mesmos de 20 anos atrás..., 25 anos, os primeiros CERSAMs tem 25 anos, tem perfis diferentes né.

Esse contexto é muito difícil. Atualmente, temos discutido o caráter do CERSAM, porque tem-se muita **clareza sobre o objetivo do CERSAM** aqui em Belo Horizonte, não que essa clareza venha também assim. As legislações não são tão incisivas em relação a isso e várias outras experiências passam por outro campo. Mas, Belo Horizonte, a rede de Belo Horizonte, foi construída com a **clareza na necessidade de substituir os manicômios e para isso tinha essa clareza de que a gente tinha que ter um equipamento que desse conta da crise**. Então, o CERSAM sempre teve essa clareza, que **a rede de saúde mental precisa dar conta da crise pra gente substituir de fato, acabar de fato com os hospitais**.

Mas isso, é, as pessoas em saúde mental, os usuários, os portadores, **as pessoas que têm a experiência da loucura, elas não são a crise né**. Elas não têm, ... não estão aqui só no momento da crise, elas têm o restante dos outros momentos da vida dela e **elas têm também os vários fatores, as várias coisas da vida delas, que influenciam ou não a crise** e etc.

Então a gente tem discutido muito... Então, **como a gente vai dar conta disso?** Porque... **Você tem aquela discussão: o CERSAM vai ser um serviço forte?** Porque as inspirações da rede de saúde mental de Belo Horizonte, que é a experiência Santista²⁰ e que se inspira, por conseguinte na experiência de Trieste, eles trabalhavam com a perspectiva de serviços fortes, que eles chamam lá, que é o serviço que vai dar conta da saúde mental do território todo.

Então, você atende tudo desde a crise até todas as outras demandas, mas você tem território de 90 mil pessoas. **A gente tem uns territórios de CERSAM atualmente de 250 a 300 mil pessoas, (...) então, isso que tem sido colocado muito em discussão. Porque é necessário que as outras dimensões da vida dos usuários, de uma maneira geral, sejam abordadas, sejam trabalhadas, que ocorram iniciativas e ações em todos os campos. E, com essa dificuldade, essa situação toda que a gente tá vivendo, como que a gente dá conta disso né? É difícil.**

Como que você dá conta de abordar o usuário em todas as suas dimensões da vida, né? Que aí entra o lazer, mas também o trabalho, também a relação familiar, também entra o cuidado com a saúde física, entra outros relacionamentos, entra moradia, entra tudo, né. Então, é... então isso é uma coisa complexa, que a gente tem discutido, O CERSAM tem discutido muito isso.

Eu particularmente tenho colegas que falam... nós temos que ter clareza a gente... eu tô te falando um pouco das discussões... **temos que ter clareza que nós somos**

²⁰ A intervenção em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP), no hospital psiquiátrico, Casa de Saúde Anchieta teve “repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível”. (BRASIL, 2005, p.7)

um serviço de urgência e que a gente tem que se ater às urgências, de que as nossas PDs (*permanências dia*) tem que ser PDs, que vai funcionar pra pessoa que tá saindo da... da... hospitalidade noturna, e que isso vai ser um momento pontual, rápido e que a pessoa vai dar linha, enfim.

Primeiro que, a gente tem uma história, a gente tem usuários que estão aqui há muitos anos. E eu não acho que a gente não tem muito essa clareza, a gente tem, assim, um pouco dessa clareza, dessa questão do serviço de urgência, porque Belo Horizonte, diferentemente lá de Santos, **sempre teve as equipes mínimas de saúde mental na atenção básica que, por mais que tenham dificuldades e tudo mais, funcionam com essa lógica de que elas acolham as pessoas depois que as pessoas passarem por seu momento de crise.**

Então, se a gente também ficar atendendo as pessoas aqui com esse foco na crise, por mais que a gente faça um atendimento e entenda, por exemplo, que a pessoa naquele momento da crise, a crise dela foi ocasionada por uma questão do trabalho, uma questão nisso, uma questão naquilo outro, e a gente consiga compreender isso, a gente sai intervindo nisso, né? **Ou as nossas intervenções ainda são focadas na sintomatologia? Na questão medicamentosa, num reposicionamento subjetivo sei lá das quantas... Ou a gente tá procurando intervir na cidadania. Nomear essas outras dimensões da vida da pessoa como cidadania, pra resumir.**

Então, como que a gente, como que os CERSAMs têm trabalhado essas duas coisas: **atender a crise e garantir a cidadania?** (Participante pergunta de forma reflexiva) E aí vai de cada caso, eu penso. Então, tem casos, em que a pessoa por si só, as vezes... consegue dar conta de suas questões e segue a vida. Mas a gente tem muitos... e ontem mesmo na nossa reunião de equipe eu tava falando isso: “Gente, bom... nós estamos falando de loucura, nós não estamos falando de qualquer outra coisa”. Por mais que a gente tenha mais de 30 anos de reforma psiquiátrica, nós ainda estamos vivendo na modernidade... **Nós ainda estamos vivendo em uma sociedade que considera que loucura é doença e que considera que tem um capitalismo, então, que tem pessoas que ficam a margem.**

Então, assim, a gente construiu o CERSAM, a gente... a gente de certa forma inclui as pessoas, a gente tem muitos avanços, mas nós ainda estamos... as pessoas... não existe uma neutralidade, vamos dizer assim. O que eu quis dizer era isso. Não existe uma coisa assim de que... todo mundo gosta, e ama, e vai cuidar, e vai dar oportunidades, e vai acolher, e vai receber as pessoas com a experiência da loucura, porque... Não é nem só com isso, é com todas as outras coisas da vida, né.

Então, bom, então... isso é... aí a gente tem situações onde isso é muito presente. Agora eu vou... eu vou... parar um pouco de falar disso pra falar do lazer. (Participante Marisa. O discurso é em tom reflexivo, por vezes de angústia e cansaço, ainda que esperançoso. Notas e negritos da doutoranda).

As reflexões da participante Marisa foram transcritas com poucos recortes, quando poderiam ter tido cada trecho comentado. No entanto, vejo que sua fala é como uma ilustração do todo, o cotidiano, com alguns pontos focalizados. Marisa apresenta o cotidiano que vivencia no CERSAM, as reinvenções do cuidado e como esse cuidado está estruturado, o processo de trabalho exemplificado pelas reuniões de equipe e a sua precarização. Sendo que esta que identifiquei na fala de Marisa, vai além da ausência de recursos humanos ou materiais. Refiro-me à precarização diminuindo e/ou cansando o “trabalho vivo”, podendo influenciar, assim, a qualidade prestada na reabilitação psicossocial, da prática, da efetivação do fazer.

O processo de “trabalho vivo em ato” parece ser o que Marisa descreve acontecer no CERSAM, ao dizer do modo próprio de fazer de um profissional, encontrar este modo do colega em reuniões de equipe guiadas por um paradigma de cuidado em comum, que no caso

brasileiro, refere-se ao cuidado em liberdade e respeito da reforma psiquiátrica brasileira e, aos elementos norteadores da reabilitação psicossocial de Benedetto Saraceno.

Seu relato se torna uma ilustração de reflexão significativa das práxis. A manutenção do “trabalho vivo em ato” pode ser uma forma de garantir o paradigma de cuidado elegido, e também de lidar com a precarização que o atravessa, uma vez que ela ameaça não apenas a existência, mas a qualidade do cuidado.

Santos (2017) ao “investigar a relação entre o trabalho e saúde dos profissionais de um serviço público de saúde mental do interior do estado de Minas Gerais” (p.9) descobriu que o maior desgaste em relação à saúde dos profissionais da saúde mental não se refere ao trabalho junto aos usuários, mas ao processo de trabalho. O autor aponta a sobrecarga, a precariedade e o trabalho “duplo” como profissional e defensor do cuidado, baseado na reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial, como os elementos para o sofrimento com o processo de trabalho.

As falas abaixo exemplificam os achados de Santos (2017) no contexto dos terapeutas ocupacionais da rede pública de saúde mental de Belo Horizonte.

Eu vou ser muito sincera com você, quando eu entrei aqui no CERSAM, eu estava assim: **com um desejo enorme de fazer mil e uma coisas**. Dessas mil e uma coisas, **eu consegui fazer muito pouco**. Porque a gente tem uma situação aqui que você sabe, de uma **precariedade mesmo, de RH...** Assim, às vezes a gente faz três plantões na semana... Tem essas coisas todas que **impedem, às vezes, de fazer o que é o ideal e o que é do meu desejo, mas eu não abri mão disso**. (Participante Ana Paula. Negritos da doutoranda)

(...)

É, na prática (...) fica às vezes muito difícil da gente conseguir garantir na agenda espaços que a gente consiga realizar atividades, principalmente, extramuros, sabe?! Assim, isso é algo que me angustia muito, sabe?! Assim, de todos os serviços que eu passei, é... nos serviços que eu passei eu consegui garantir: Isso aqui está difícil, porque eu já cheguei num momento que isso já tava muito complicado né?! Pelo momento político que a gente tá vivendo também, tá difícil de ter incremento e tal e tal. (Participante Ana Paula)

(...). A gente fica ali o tempo todo auxiliando plantão. Tem essa precarização que a gente sabe também, de RH. Aqui no CERSAM AD a gente atende 3 regionais. Somos uma equipe para 3 regionais. São três terapeutas ocupacionais. Uma demanda crescente na área que a gente atua. Então, **são desafios grandes, mas a gente não pode perder de vista essa assistência com qualidade, assim, nesses momentos de ter outros olhares pra clínica, que não seja lidando no momento da urgência**, quando o usuário chega muito intoxicado, tomado pelos sintomas persecutórios, advindos do uso da droga, os conflitos que a gente tem aqui no serviço que não são poucos. (Participante Eliana)

Infelizmente, no momento não tenho trabalhado (a relação terapia ocupacional, lazer e saúde mental). O meu fazer tá sendo muito pouco ainda terapêutico ocupacional, **tá sendo só fazer, muito no automático**. E infelizmente, acho que não é pra rir (*entrevistada ri nervosamente*), mas é, porque a gente se perde. As vezes a correria, a rotina, e... não vou falar que é disfunção, mas a nossa função, a gente tá... eu no caso, faço funções, **executo funções, que não é só da minha competência de técnico superior em saúde, então, eu não consigo, muitas das vezes,**

desempenhar minha questão terapêutica ocupacional, de pensar como terapeuta. Eu vou muito no automático. Isso me frustra. Mas, no momento eu posso dizer com certeza que não estou conseguindo desempenhar (a relação citada). (Participante Rute)

As falas das participantes ilustram a precariedade quanto ao tempo em relação a demanda. Exemplificam tal precariedade correlacionando-a com a particularidade dos serviços de urgência, o contexto político e social do país, e quando falam do objetivo da instituição. Os relatos retratam também a frustração das participantes, não apenas por não exercerem a terapêutica ocupacional²¹, mas por não conseguirem, ainda que sendo técnicos de referência, dedicarem-se com o afincado que gostariam, devido ao tempo curto frente à grande demanda de trabalho.

Diante de tal cenário precário de trabalho, as profissionais usam algumas estratégias, a exemplo dos “jeitinhos” (SANTOS, 2017). Ainda que pertinentes ao paradigma de cuidado adotado e muitas vezes ilustrarem o “trabalho vivo” em todo seu autogoverno, a criatividade expressa em diversos modos de fazer, a exemplo dos “jeitinhos”, pode se fazer como estratégia para lidar com a sobrecarga. Isto porque, no contexto da precarização, a sobrecarga não se traduz apenas como potencial criativo dos trabalhadores individualmente ou em coletivo, mas como forma de sobrevivência e até de enfrentamento às condições ruins de desenvolvimento do trabalho, e do trabalho em acordo com a ideologia emancipadora com a qual as participantes comungam.

Dentro das estratégias para lidar com os desafios, as participantes apontam saídas que estão dentro de suas possibilidades individuais, como o investimento no projeto terapêutico no âmbito técnico de referência-usuário.

(...) a dinâmica do serviço me impede de fazer muitas coisas que eu gostaria de fazer, então eu invisto muito dentro dos projetos terapêuticos. Às vezes, eu consigo garantir, por exemplo: já consegui 3 vezes de garantir, de ir acompanhar, às vezes, o usuário na primeira ida nesses espaços ou no Centro de Convivência ou numa oficina lá no projeto da Gráfica Lutador, por exemplo. Pra poder dar um empurrãozinho, sabe?! (Participante Ana Paula, negrito da doutoranda)

No entanto, até mesmo em conciliação com a proposta da reforma psiquiátrica brasileira e da reabilitação psicossocial, que é de cuidado em rede, as participantes apontam a importância da equipe e, em especial, da gerência para garantir o lazer na assistência, apesar

²¹ Na saúde mental em Belo Horizonte a prática tem caráter transdisciplinar no papel de técnico de referência. O fazer de técnico de referência será abordado com maior clareza e aprofundamento junto à categoria identidade profissional no tema: Temas Transversais.

dos desafios.

Eu acho um desafio grande mesmo, ter esse tempo dedicado. Pensando aí na atividade grupal, com alguma oferta de lazer. A demanda da urgência como eu falei é muito grande, **mas é uma discussão da equipe da gente conseguir manejar os processos de trabalho para não perder esse momento grupal**, esse momento de ofertas pra fora do serviço, que é o grande objetivo do CERSAM. Porque, senão, a gente fica ali, mesmo no dia que não é nosso plantão, por exemplo. (Participante Eliana, negrito da doutoranda)

Os desafios. Hoje eu acho que isso é realmente **o entendimento da gestão, dos colegas, que isso é um braço do serviço**. Não só da T.O. Um braço de cuidado. É uma parte da assistência que a gente poderia focar melhor nisso. Fica como uma sugestão da T.O., proposta da T.O. Isso não é da T.O. Isso me norteia como meu direcionamento clínico, meu pensamento, para mim isso é absolutamente claro, com os pacientes da saúde mental, como com todos os outros. Agora, isso não está no entendimento, me parece, no quanto a gente deveria se debruçar. **Deveria ser uma questão para a reunião de equipe, por exemplo: por que que a gente não consegue organizar um passeio? Por que já não tá dito para a enfermagem que naquele dia a gente vai fazer um passeio? Por dois anos eu consegui no outro CERSAM. Quer queira ou não, naquele dia vai ser o passeio do CERSAM com os usuários.**

Óbvio os que não tiverem no agudo e não tem balizamento dali, não relativiza. É aquele dia. **E aquele dia o serviço se organiza pro passeio acontecer**. Era isso que acontecia no outro CERSAM. **Então, eu chegava, isso foi uma construção também e isso o gerente abarcou**. Então eu chegava já tinha o saco do lanche, que era o mesmo lanche da tarde. Não era um lanche diferenciado. Numa sacola com os pães. Algumas vezes a gente conseguia com uma vaquinha, os próprios usuários doavam um refrigerante ou a gente fazia um suco e levava. Mas, **aquilo já estava organizado. A lista já estava separada, quem tinha que medicar já estava medicado, os que tinham que levar vale já estavam com o vale**. (Participante Carmen, negritos da doutoranda)

Quando a participante Carmen traz o exemplo de quando o serviço se mobiliza para o lazer elegido acontecer, ela explicita como o projeto terapêutico, construído no ambulatório, por exemplo, necessita do apoio de toda a instituição. Essa medida ampla de cuidado, assim como canta Beto Guedes (1981) em o Sal da Terra, sobre o cuidado com o planeta, precisa “de todo mundo”, na lógica de que “Um mais um é sempre mais que dois para melhor construir a vida nova” (s/p).

A garantia do cuidado via projeto terapêutico aparece de forma recorrente na fala dos entrevistados. Até porque a construção do projeto terapêutico junto ao usuário e sua rede de apoio faz parte do cuidado no território e em rede. Cuidado proposto pela reforma psiquiátrica e reforçado pela reabilitação psicossocial de Saraceno, por seus elementos norteadores: habitar, contratualidade e trabalho com valor social.

Interpreto que o projeto terapêutico, portanto, é instrumento da lógica de cuidado, cujo uso de forma ampliada também o potencializa. Nesse sentido, o lazer no projeto terapêutico está vinculado à proposta da reabilitação psicossocial, e sofre influência da precarização

cotidiana, assim como dos processos de trabalho em cada instituição e das estratégias cunhadas para os desafios que se apresentam.

Entender o cotidiano e contexto da instituição, trabalhadores e usuários, por meio dos **processos de trabalho e precarização** deste, auxiliou na compreensão das categorias: **lazer e a instituição; a inclusão e o desafio da inclusão do lazer na assistência**. Antes, no entanto, debruço meu olhar sobre o **lazer e a instituição**.

Embora eu reconheça que a própria rede de saúde seja uma instituição em si, a instituição a que prontamente me refiro nestas linhas é o CERSAM. A fala da participante Sandra me faz refletir sobre a postura de acolhimento do CERSAM. Sobre os usuários desejarem ficar cada vez mais nele, ela discorre:

(...) a ideia é ficar cada vez mais no CERSAM. Não é algo, tipo, eu quero ficar à toa, eu quero ler um livro ou sei lá, ficar deitado olhando pro alto. Não, **é de um insuportável mesmo, o único lugar que me cabe é o CERSAM** e, quando eu tô em casa eu tô entediado, único espaço interessante nesse momento. (Participante Sandra. Negritos da doutoranda)

Há, sim, reflexões sobre a cronicidade dos usuários, o laço afetivo com o CERSAM, o receio de se “perder o tempo”, seja da alta ou da redução de permanência no serviço, para promover contratualidade com o extramuros, o manter o usuário no serviço e promover sua cronificação, mas não é este o caminho que tomo nesta tese.

Da fala da participante Sandra, resalto o CERSAM como o lugar “interessante” e “o único lugar que me cabe”. O usuário sabe que no CERSAM ele cabe, com todos os seus modos de existir, bizarros ou não, estigmatizados ou não. Penso ser este o primeiro passo para se lançar à vida, o ‘caber’ em algum lugar, também entendido, aqui, como pertencimento social.

A participante Ivone traz em seu relato o que considero um segundo passo nesse ‘caber’, em relação ao lazer: o lazer institucional como um desfrute prazeroso a tal ponto que incluem esta ocupação no cotidiano e, penso, na rotina dos usuários no serviço.

(...) acho que até o uso desse espaço, aqui nessa instituição, acho que eles (usuários) entenderem, por exemplo, o uso da piscina como um lazer, o estar aqui durante o dia. **Acho que quando eles compreendem na rotina deles o que é o lazer**, eu acho que nas conversas, eu vejo muito isso, **que eles compreendem o momento que eles estão aqui, a interação com outros usuários**, que é o momento que eles não estão no uso.

Então, é um momento que eles participam de algo, é um momento que eles conversam entre si (a participante ri). Estou lembrando de domingo que eu estava no plantão e eles estavam pescando no laguinho que tem aqui dentro do CERSAM e tem alguns peixes, aí me veio isso na memória, e aí fui lá conversar com eles e falei:

‘– E aí gente o que vocês estão fazendo?’ ‘– Ah, a gente está aqui curtindo, conversando, tentando pescar uns peixes’. **E eu vi que isso é uma forma de lazer para eles, que é o que eles não têm na rua.** (Participante Ivone. Negritos da doutoranda)

Pela fala das participantes Sandra e Ivone, percebo o CERSAM como lugar que favorece o pertencimento social dos usuários e nesta oportunidade eles podem desfrutar de lazer. Não apenas pela oportunidade de práticas que “não tem na rua”, mas também de acolhimento que muitas vezes não encontram na rua. Apesar da fala da Ivone advir de uma trabalhadora de CERSAM AD, ela não destoa da fala da Sandra, que é de CERSAM. A exclusão de vivências reforçada pelo estigma que circunda e atravessa a saúde mental recai em todos os usuários desta.

Reforçando o papel do CERSAM como lugar promotor do pertencimento social, visto que no mínimo é o lugar “que dá conta” da loucura e dos usuários em experiência com esta, a participante Ana amplia as reflexões sobre o lazer e a instituição ao adicionar a participação social.

Eu faço muita oficina aqui no CERSAM e eu gosto muito de oficina externa. **Eu acho fundamental trabalhar a participação social. Esse pertencimento aos espaços sociais e desvincular isso do lazer às vezes é um pouco difícil,** porque essa participação pode ser lazer ou não, depende do usuário que vai. Então, assim, eu tenho algumas atividades aqui, por exemplo: já fiz muito, a gente vai ao zoológico, aos museus, ao Centro Cultural da Pampulha. A gente tem uma atividade fixa que é ir ao cinema uma vez ao mês, a gente vai. (Participante Ana. Negrito da doutoranda)

(...) eu percebo que muitos usuários, às vezes, têm o CERSAM como único espaço de ir lá pra conversar com o pessoal na PD. Às vezes o paciente, assim, já poderia estar em outros espaços, mas **busca o CERSAM como forma de lazer de socialização.** (...). Uma vez, algo muito interessante, uma atividade no CCBB, eles olharam, eu vou poder entrar? Quanto que eu, eu vou ter que pagar? **Da gente poder falar desse espaço com eles, que podem vir em outros momentos com familiares né?! De mostrar mesmo o que o território tem a oferecer de forma gratuita,** porque a gente sabe de algumas situações de vulnerabilidade no CERSAM, questões financeiras mesmo, que pesam muito. (Participante Viviane. Negrito da doutoranda)

A gente proporcionar, poder fazer **ressignificar** alguma coisa pra ele, pra aquele sujeito que tá ali, que tá sofrendo, que não vê nada além de, por exemplo, de um CERSAM. Quando, por exemplo, às vezes a gente vê **paciente que tá na permanência dia, e ele só consegue ver o CERSAM como fim da linha.** Eu tenho aqui o meu objetivo de vida. **E o que a gente vê é que, quando a gente proporciona alguma coisa pra além, com esta questão do lazer, faz a diferença, ele revê alguma coisa, ele passa a pensar diferente e a tentar fazer diferente da vida dele, não deixar do jeito que tá... naquela coisa, naquele cotidiano sem muito... sem muito prazer, sem muito tesão, sem muito prazer.** (Participante Laura. Negrito da doutoranda)

Ao citarem o pertencimento social, o lazer no cotidiano dos usuários dentro do

cotidiano institucional e a participação social, as participantes desta pesquisa me fizeram compreender que o lazer promovido pela instituição perpassa elementos que podem se encontrar no eixo da contratualidade da reabilitação psicossocial. A contratualidade social, a qual se refere a Reabilitação Psicossocial, parte de uma mudança de olhar sobre a postura do usuário da saúde mental. Interpreto que, para que o usuário participe das trocas sociais – o que se espera na contratualidade –, nós (profissionais, serviços e sociedade) devemos olhá-lo de um modo “pressuposto de desvalor natural para um pressuposto de valor possível, proposto (explícito)” (KINOSHITA, 2001, p. 56).

Kinoshita (2001) reflete sobre o poder contratual do usuário, que era desacreditado e desvalorizado à época do manicômio, e que após os serviços substitutivos pode ter o estímulo ao poder contratual estacionado, visto que a assistência mais carinhosa e cautelosa pode, ao ser tolerante, desvalidar o usuário e sua possível retomada deste poder. O autor aponta que a relação dos profissionais que prestam cuidado ao usuário deve ser em acordo com a reabilitação, entendida como “processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia”. (KINOSHITA, 2001, p.56).

A palavra autonomia mais uma vez surge nestes escritos como definidora de ações. No tema **Compreendendo o Lazer**, ela apareceu, a partir dos dizeres das participantes, como oportunidade de escolhas e o respeito a elas. Diante da opressão que usuários da saúde mental sofrem devido ao estigma social que os exclui, reflito até que ponto eles realmente escolhem seu (s) lazer (es) ou são escolhidos por ele. A participante Johana, ao mencionar **desafios na inclusão do lazer** e estratégia para lidar com eles, aponta recursos que restringem a vivência do lazer na cidade como um todo. Em meu entendimento, a restrição a que ela impacta o exercício do direito social ao lazer.

Recursos financeiros (desafios para a inclusão do lazer). Às vezes a gente deixa muito de ir em alguns lugares porque não tem vale transporte. As pessoas não conseguem, infelizmente não conseguem se organizar com o benefício porque é casa, é isso, aquilo, aluguel. E assim, a gente não consegue se organizar pra tirar um dinheirinho pra poder pagar passagem que seja, alguma coisa do tipo. Eu acho que essa coisa da apropriação do território do bairro²² tem sido, tem sido assim... um facilitador, sabe? (Participante Johana)

Nesse sentido, vejo que a compreensão de contratualidade, a partir da ideia de que toda pessoa tem algo valioso para a troca social, assim como Kinoshita (2001) discute, me acalenta quanto às escolhas dos usuários da saúde mental. Pois, parte do princípio, não de um

²² Ao invés do termo “do bairro” a fala original trazia o nome da regional, o qual foi retirado para preservar o anonimato da participante.

confronto com a realidade em busca de normalizar o usuário para se adequar a ela, mas de reconhecer o que ele tem que pode contribuir, dentro de sua singularidade, para e com os processos da sociedade, em favorecimento ao exercício e construção de cidadania (HIRDES, 2009).

Reflico, então, que o usuário tem escolha, ainda que não pareça ser feita por ele. Escolha esta que passa desde o aceite do que lhe é, ofertado ou não, até a vivência de outros lazeres em seu tempo e espaço. A contratualidade, portanto, apenas existe diante de autonomia.

Assim, penso ser potente a ideia de autonomia apresentada por Kinoshita (2001), forjada no contexto da reabilitação psicossocial e orientadora das práticas na saúde mental pública brasileira: “Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida” (p. 57). Atrevo-me a completar, dizendo que essa dependência difusa e contratual pode ampliar as possibilidades de estabelecer, construir e ressignificar cotidianos e ocupações, a exemplo do lazer.

Ressalto, no entanto, que diferente do defendido por Kinoshita (2001), para o qual o problema da autonomia e, por sinal, da contratualidade do usuário da saúde mental estava na quantidade (pouca) e deveria ser expandida em números, penso que essa autonomia pede dependência com significados.

Ou seja, diferente da busca incessante no território por listagem de lugares e pessoas em que se crê que o usuário criou dependência-autônoma, que o profissional respeite e incentive os laços significativos, entendendo que há pessoas que não se importam em delegar o laço com o restaurante (alguém pede sua comida ou a faz) ou com o cinema (alguém lhe conta sobre os filmes) (HAMMEL, 2019). Em diálogo com a autonomia proposta por Kinoshita (2001), o usuário pode ser estimulado a conhecer seus valores, seus propósitos e, como eles dialogam com o seu ambiente e suas ocupações com significado, em uma transa que o permite ser crítico quanto aos seus laços autônomos e, assim, desenvolver capacidade de decidir por si mesmo.

Nesse sentido, essas dependências, as quais não são crônicas ou cronificantes, podem existir dentro e fora do CERSAM. Embora entenda que a reforma aponte constantemente para a vida extramuros, ou seja, não cerceada por serviços de saúde, as falas das participantes demonstram que pode haver riqueza contratual nos laços feitos dentro dos muros do CERSAM.

Assim, penso que minhas colegas com frequência citam o lazer como “para fora”,

como oposição ao lazer “para dentro” e, por vezes, podem não ver todo o potencial do lazer “dentro”, a exemplo da pescaria no lago do CERSAM, ou a piscina, ou os relacionamentos amorosos, ou as conversas e cantorias na permanência dia (PD). Lazer que não significam reter a pessoa dentro do serviço, no sentido de estímulo à cronificação, mas possibilidades de trocas afetivas e sociais a partir do “dentro do serviço”.

É nessa perspectiva que lanço mão das categorias sobre a inclusão do lazer (desafios e como está incluído) para pensar em como o lugar que “da conta” da loucura e dos usuários em experiência desta, lugar que busca, pelo lazer, promover o pertencimento social e a participação social e, nesse movimento, a contratualidade e ampliação da autonomia dos usuários, inclui ou não este fenômeno nessa empreitada.

Não existe saúde sem Lazer. Não existe Reabilitação psicossocial sem lazer. Acho que é fundamental como os outros papéis que o indivíduo tem que exercer. **O resgate da cidadania passa também pelo resgate do lazer. Por isso que eu acho que é importante e fundamental** (Participante Ana. Negrito da doutoranda)

(O lazer) é uma forma dele se enlaçar, do sujeito conseguir se reenlaçar. Porque é uma atividade que tem uma conotação e **ela traz sentimentos, sensações, reenlaçamentos completamente diferente das outras ocupações**. Eu acho que isso tem um lugar dentro da saúde mental e do bem-estar em geral, que é fundamental. Porque favorece esse intervalo entre o sujeito e a substância. (Participante Rui. Negrito da doutoranda)

(O lazer) faz parte da vida dos usuários e a gente se compromete com o possibilitar uma reconstrução de uma história de vida, de melhores condições de vida. E as práticas coletivas aqui no CERSAM permitem o encontro, permitem trazer leveza para a instituição e para a vida deles, que é muito dura. Eu acho que é importante que a gente contemple essas atividades que podem ser entendidas como lazer. É importante para a instituição, para mim, como trabalhadora, e avalio que é importante para eles, para a vida deles, porque enriquecem a vida deles, o conhecimento, as experiências, amplia. **Assim, acho que o nosso trabalho é possibilitar a criação do laço, e é fundamental. O lazer é uma ferramenta muito potente para isso**. Vai permitir o encontro, circular um pouco de afeto. (Participante Salete da doutoranda)

Eu acho que ele pode estar incluso no projeto terapêutico ocupacional. (Participante Marta)

As falas citadas remetem ao motivo do lazer ser incluso na instituição e no fazer dos participantes terapeutas ocupacionais. Elas dialogam com a concepção de lazer que os participantes entendem sobre o fenômeno dentro da instituição e dizem como ele aparece: como possibilidade de laço social e como ferramenta para algo, pertencimento, resgate da cidadania, reenlaçamentos com a vida, intervalo entre o uso de drogas, leveza para a rotina e o cotidiano institucional, do profissional e do usuário. Sendo que a forma de o viabilizar é pelo projeto terapêutico singular, utilizando os instrumentos institucionalizados

disponibilizados pelo CERSAM: os atendimentos individuais, em ambulatório e as práticas coletivas, via oficinas, por exemplo.

O projeto terapêutico singular (PTS) é uma estratégia de cuidado que permite participação ativa do usuário em seu cuidado, assim como incentiva a presença da família e a inserção social do usuário. O PTS deve ser construído coletivamente, convocando inclusive os saberes de todos da equipe em prol da dignidade e bem viver do usuário (BAPTISTA; CAMATTA; FILIPPON; SCHNEIDER, 2020).

A cartilha nomeada Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular apresenta norteadores sobre o trabalho da equipe de saúde mental e construção do PTS (BRASIL, 2008). Ela orienta que os lazeres dos usuários devem ser conhecidos, pois, a presença e/ou ausência deles, entendidos como atividades prazerosas, indicam a situação do usuário e esta informação é relevante no e para o cuidado (BRASIL, 2008).

O PTS deve lançar mão dos ambientes, relacionamentos e contextos que o usuário frequenta, conhece ou tem interesse em se envolver. Considerando, portanto, o que pode ser potencial ou barreira para o cuidado e auxiliando o usuário a caminhar. Nesse sentido, o PTS deve ser tão dinâmico quanto as necessidades e evolução do usuário. Ainda que, ora com foco no individual sem perder a visão do grupo, ora com foco no grupo sem perder a visão das singularidades individuais. No ambiente institucional do CERSAM, o PTS transita entre ambulatório (individual) e oficinas ou atividades grupais, seja dentro ou fora dos muros do serviço.

O desenvolvimento do PTS, e assim do lazer dentro dele, encontra pedras no caminho como ilustra a participante Marília.

Marília: Desde que estou aqui, a gente conta nos dedos as saídas, propostas de lazer, que poderiam se enquadrar em lazer para os usuários. Foram poucas muita poucas, seja por falta de verba. Várias questões. E... agora por parte do usuário na família, não vou saber te falar. Não vou saber te falar porque a gente acompanha, mas assim... é muito fechado, né? Fala que é uma equipe multidisciplinar, mas não é. Cada pessoa fica com seus pacientes e ela é responsável por tudo. A função da equipe ela fica muito em torno de...

Entrevistadora: questões psicopatológicas?

Marília: E dos pacientes graves, porque se ele não é grave você que tem que dar conta de tudo. Então, assim, não tem muita essa discussão do paciente do outro e tal. Quando a gente na T.O consegue atender em grupo, a gente até tem uma visão mais ampliada, porque você consegue ter contato com pacientes de outro colega, consegue intervir com outras coisas, mas também não pode intervir demais, porque não é seu paciente. Ele é um paciente do outro fulano. (Participante Marília)

A fala da participante Marília aponta o desejo do cuidado compartilhado como e

estabelecido pela proposta do PTS. Mas, o processo de trabalho muitas vezes fraciona o cuidado ao centrá-lo no técnico de referência. No entanto, ela aponta as ações coletivas como saídas possíveis de cuidado compartilhado e momento frutífero de intervenção no “paciente do outro”.

A partir das falas a seguir, identifico o desejo das profissionais em construir casos em equipe, e contribuir com seus saberes nos PTSs.

Rui: O que mais sinto falta é... e o principal desafio que eu sinto no meu dia a dia é das pessoas entenderem essa leitura da terapia ocupacional e da importância do lazer na construção do caso clínico, de incorporar isso na sua construção de caso clínico. Mas aí eu não estou dizendo dos T.O.s.

Entrevistadora: Dos técnicos de referência no geral?

Rui: E T.O também, porque tem um monte de T.O. que não dá. Sim. É. Porque eu acho que esse é o principal desafio, porque às vezes as pessoas compreendem a terapia ocupacional como algo de uma ocupação no sentido literal, de você preencher o tempo ou de fazer alguma coisa ali. Essa coisa antiga, cansativa sei lá. Ai! Eu não aguento mais ficar explicando isso não, que coisa chata. O que eu acho difícil é que quando a pessoa faz essa leitura ela não percebe a leitura tão importante que tem, que ela tá deixando de lado, deixando de fazer na construção do caso dela. Porque se ela acha que T.O. é isso ela não vai perguntar pra ele o repertório dele. Do que ele fez, do que ele fazia, do que ele deixou de fazer, há quanto tempo, porque, o que que ele pensa hoje, se tem vontade de voltar a fazer, se sim, se não, do que que ele precisa pra isso... Se a pessoa não entende que isso é Terapia Ocupacional e que **dentro desse contexto que a gente tem, que é interdisciplinar onde um técnico de referência ele abraça o olhar do outro, ele não vai fazer essa condução no caso dele. Esse que eu acho que é o principal desafio.** (Participante Rui. Negrito da doutoranda)

Ainda que o lazer esteja presente na instituição, seja considerado fundamental, tanto na vida institucional quanto na vida dos usuários e profissionais, e cuidar desta ocupação seja coerente com o modelo de cuidado adotado nos CERSAMs, segundo os participantes desta pesquisa, sua inclusão no cotidiano laboral encontra desafios.

Desafios como os que os participantes Marília e Rui apontaram: a efetivação da interdisciplinaridade, seja ela no compartilhamento da condução de um PTS, seja no “abraçar o olhar do outro” para enxergar o usuário em todas as suas necessidades, dimensões e direitos, inclusive os ocupacionais. Para além dos desafios apontados, outros obstáculos também se fizeram presentes.

Marta: Tempo! Tempo, tempo, tempo e tempo. Pode escrever três vezes tempo, mesmo.

Entrevistadora: Você acha que a carga horária é pequena?

Marta: A carga horária é pequena para as funções ou o RH é pequeno. Uma das duas coisas.

Entrevistadora: Você fala isso por causa da dinâmica do CERSAM: plantão, ambulatório, oficina.

Marta: Isso, para 20 horas é muito pouco.

Entrevistadora: Articulações...

Marta: Exatamente, articulações! É muita coisa que a gente tem pra fazer. São muitas frentes de trabalho para 20 horas (Participante Marta)

Os desafios. Hoje eu acho que isso é realmente o entendimento da gestão, dos colegas, que isso é um braço do serviço. Não só da T.O. Um braço de cuidado. É uma parte da assistência que a gente poderia focar melhor nisso. Fica como uma sugestão da T.O., proposta da T.O. Isso não é da T.O. (Participante Carmen)

(...) até na família, né? Na sociedade como um trabalhador. Fazem algumas tentativas, mesmo que não seja aquele momento propício, as vezes não está dando conta de receber o salário, de lidar com o salário, mas, às vezes por ter essa questão aí, do papel mesmo, que é aceito, buscam trabalho a todo custo. Eu percebo isso sim. Uma demanda capitalista mesmo, de inserção mesmo. (Participante Eliana)

Acaba sendo um papel que eles acham que vão ser mais reconhecidos. Estamos em um momento no auge do sucateamento do SUS que a gente já viveu. Então é, fica complicado fazer isso. Eu acho que a falta de verba, porque o lazer muitas vezes requer o mínimo de verbas e o mínimo, às vezes, a gente não tem. (...) A gente fica limitado a alguns espaços. (...) e uma série burocrática, de pactuação com a gerente para acontecer alguma coisa. Então, assim, são muitas questões burocráticas para um passeiozinho. (Participante Marília)

A gente já está disponível, mas quem vai ficar no nosso lugar? Todo mundo quer passear (risos). E o transporte mais essa logística mesmo. E o lanche. Na assistência acho eu, é só isso mesmo. Essa questão da logística mesmo. Que a burocracia é comum. (Participante Catana)

Os desafios são de não trazer autonomia, essa independência pro usuário dessa questão do lazer. Talvez. Ampliar essa rede de lazer. Talvez os acessos. (...) (Participante Catana)

O desafio de não institucionalizar o lazer, sabe, de trazer só como uma prática institucional e as pessoas passarem a entender isso como uma coisa da instituição. (Participante Bruno)

Os obstáculos encontrados nas práticas dos profissionais terapeutas ocupacionais, no CERSAM, são expressos em questões, sobre as quais eles pouco têm influência, como o RH e a carga horária, o sucateamento do SUS e burocracias. No entanto, há situações em que o posicionamento crítico reflexivo dos profissionais pode fazer diferença, como quando buscam não restringir o lazer à instituição, compreendem o que é ou não produtivo em uma sociedade neoliberal e quando existe clareza das funções da equipe e gerência ao que compete às atividades coletivas. Lidar com todos os obstáculos citados não é fácil e não subestimo os colegas na lida diária. Por isso, vejo as falas seguintes como formas que eles encontraram para lidar com os desafios, não os enxergando como impeditivos, embora desgastantes. As falas seguintes ilustram estratégias das colegas entrevistadas e/ ou dos serviços e equipes, na garantia da inclusão do lazer no cuidado em saúde mental nos CERSAMs.

Eu acho que principalmente por questão da equipe aqui (que o lazer está

incluso). Todo mundo é muito, muito, muito coeso. Todo mundo participa de tudo, por exemplo, as festas aqui tá todo mundo junto. Não é só o corpo presente, é fazendo um enfeite e organizando as oficinas para poder fazer os enfeites dessa festa, é juntando prenda para fazer bingo, é na época de Natal, faz aquilo, faz aquilo outro. Então, a equipe toda se mobiliza pra isso. (Participante Berenice. Negrito da doutoranda)

A linha guia de cuidado em saúde mental de Minas Gerais estabelece que as oficinas e atividades coletivas não são ferramentas de cuidado circunscritas a uma profissão (MINAS GERAIS, 2006). O entendimento dessa diretriz por parte da equipe e gestão pode potencializar os momentos na instituição como momentos de cuidado interdisciplinar e facilitar a divisão de trabalho, em festas comemorativas, por exemplo, não ficando a organização para uma única categoria profissional.

A compreensão de que todos os momentos institucionais são momentos de cuidado nos quais o lazer pode fazer parte, além do papel do profissional nessa inclusão, apareceu na fala das participantes.

Talvez essa questão **de incentivar mais** nos atendimentos individuais, de certa forma mostrar algumas coisas, caminho que ele possa ser mais fácil. E acho que em oficina, isso também dá pra gente introduzir, sabe? Igual à questão da caminhada, eu mesma fazia. **E falava: “importante que você faça com sua família”. Isso eu falava e aí eles davam o feedback.** Quando eu fazia uma oficina de jornal. Um mural assim. Às vezes, a gente procurava coisas gratuitas que eles poderiam fazer. Então, **a gente conversava disso.** Então, **pensando mais amplamente, no sentido de abarcar mais pessoas, nas oficinas que eles podem fazer coisas além do CERSAM e, às vezes mostrar** mesmo. (Participante Katia. Negrito da doutoranda)

Mais nas oficinas, como prática, mais teoricamente em tudo. Explicando a necessidade, a importância, nos meus **acolhimentos no plantão**, nos ambulatórios os pacientes que eu atendo. **Verbalmente eu uso pra tudo, mas pratica é mais na oficina mesmo.** (Participante Johana. Negrito da doutoranda)

Acho que só faz sentido experimentar as coisas aqui de uma forma mais protegida talvez, para proporcionar uma experiência, para dar oportunidade, para que eles possam experimentar uma coisa que tá, ou nesse momento, ou que sempre teve por outros motivos, além do adoecimento, mas que teve fora da perspectiva de vida deles e que a gente possa apresentar como uma possibilidade. Mas que isso possa inclusive instigá-los a buscar outras coisas, né? Relações fora daqui. Ir assistir outro filme que não deu pra gente ver aqui, mas pode ver em outro lugar com outra pessoa, né? (Participante Bruno. Negrito da doutoranda)

Não vejo grandes desafios. Depende muito da gente... Acho que tudo na saúde mental **é construir rede.** Nada tá dado sabe? Cada caso ele conduz a gente a buscar espaços, a buscar possibilidades, cada caso uma demanda diferente. Acho que tem poucas ofertas, de... Não sei se é pouca oferta... acho que tem poucas coisas na cidade, mas que **talvez a gente tenha pouco conhecimento do que existe.** Os usuários de uma maneira geral não todos têm alguns que. Têm mais facilidade de circular, mas eles têm uma dificuldade de chegar aos locais onde teriam uma atividade nesse sentido do lazer. Acho que isso, **acho que desafio é a gente se instrumentalizar mais.** Buscar saber mais o que que existe. (Participante Lívia. Negrito da doutoranda)

Eu acho que ele pode **está incluso nesses pequenos momentos**, assim. Eu acho que a gente conseguiu diminuir muito a violência, com esses passeios institucionalizados. E uma tentativa de passeio são maravilhosos, a gente tem um *feedback* muito legal. (...) esse momento aqui (ambulatorial) que é mais limitado tenho tido respostas bem interessantes.

Entrevistadora: Achei interessante falar que a agressividade induziu o aumento do lazer externo

E eles falam disso. Eles falam assim na lata. **O que que você precisa para diminuir a violência? Passear.** Foi assim na lata. Eles falaram isso para a gente. Foi muito legal. E aconteceu mesmo de verdade. Eles fizeram essa marca assim. Pode parar com essa palhaçada aqui, passear, sair daqui. É legal. Funciona. **E são violências diferentes, a violência da loucura e a violência, crime** (Participante Catana, negrito da doutoranda)

Há um aspecto interessante na fala dos participantes: esperança. Ainda que RH, a gestão, o entendimento institucional sobre as oficinas, o sucateamento do SUS, e as ações de desvalia e empobrecimento da população não sejam questões que as participantes irão solucionar, e nem possam ser solucionados de um dia para o outro, ainda assim encontram estratégias para se fazerem presentes, assim como o lazer. Citam o uso de recursos institucionais como o atendimento em ambulatório e as oficinas, mas reforçam a importância de amplificar o encorajamento nestes momentos (Participante Katia). E trazem, a possibilidade de intervenção e estímulo ao lazer em momentos, sabidamente tensos; como o acolhimento em plantão (participante Johana) e as violências (participante Catana). Os participantes trazem também reflexões de corresponsabilidade sobre o próprio papel, em referência ao que sabem ou não da rede onde estão, ao que concerne ao lazer e como podem fazer real uso desta ferramenta em suas práticas (Bruno e Lívia).

As falas dos participantes, portanto, trazem estratégias que navegam por oficinas, atendimentos individuais, acolhimento no plantão, rede, passeios. Ter o cuidado de ver potencial nas diversas ferramentas institucionais, ou não, perpassa o que o profissional compreende como lazer, mas também o quanto ele entende ser importante essa ocupação na vida do usuário e na própria vida. Assim, motivos e meios de incluir ou não essas ocupações no cotidiano laboral são influenciados tanto pelo processo de trabalho, a precarização, os desafios e os motivos de inclusão do lazer na assistência, mas também pelo que o profissional observa em relação ao lazer no cotidiano do usuário.

Acaba que a condição de vida da maioria dos nossos lares é tão precária que a gente, às vezes, foca muito na questão da própria sobrevivência. De ter um lugar para morar, de um mínimo, que acaba que isso fica em segundo plano. **Acho que sem uma base material é difícil de ter acesso a outras coisas, mas que elas são fundamentais também, fazem parte dos direitos. Acho que sempre é**

interessante pensar nessas coisas, como parte do projeto. (Participante Livia. Negrito da doutoranda)

Fala recorrente dos participantes desta pesquisa sobre o **lazer no cotidiano dos usuários** é quanto a vulnerabilidade económica dos usuários. Os dizeres da participante Livia, retratam como a condição de vida dos usuários influi, não apenas em seus cotidianos, mas até mesmo no raciocínio clínico dos profissionais em relação a outras dimensões da vida. O que dá a impressão de que o lazer não está apenas em segundo plano, mas talvez não alcance o foco ou dialogue com o foco do tratamento, no caso citado “a própria sobrevivência”.

No início da discussão sobre o tema **Compreendendo o Lazer**, afirmei que o lazer é diverso, no sentido de divergir. E claro, que como qualquer outra ocupação, ele pode ser conformista ou se conformar quanto as normas e regras de um sistema, modelo, instituição, ideologia. No entanto, ao pensar o lazer pela lógica da Ciência Ocupacional, seja a clássica que o limitara a forma, função e significado, seja a transaccionalista que o ampliara para aprofundamentos em contextos, penso que o lazer não é uma ocupação desvinculada à dinâmica e necessidades da vida. Assim como se porta como resistência, a exemplo da sexualidade como expressão de lazer (QUEIROZ *et al.*, 2020), defendo que ele tem em si possibilidades de um despertar constante da consciência ocupacional e de expressão, busca e luta de justiça ocupacional.

Nesse sentido, a fala da participante Livia faz-me pensar se nós, terapeutas ocupacionais, estamos vendo realmente o cotidiano das pessoas, ou estamos sendo tragados pelas demandas institucionais (os desafios citados pelos participantes) ou pelas opressões que os usuários vivem, a busca pela própria sobrevivência.

A partir da reflexão acima, parto a pensar sobre o que traz a participante Catana sobre o motivo para inclusão do lazer no cotidiano, o qual acredito ser um resumo dos motivos dos profissionais entrevistadas.

Entrevistadora: Por que incluir o lazer na assistência?

Catana: porque é um meio da vida, é um caminho. Ele faz parte do ciclo da vida. **Um cara, que não tem lazer sobrecarrega o seu ciclo da vida.** Você tem um ciclo de dormir e acordar descansado, produzir ou não produzir. **O modo de produção não interessa. É uma produção parada, é uma produção ativa.** A gente tá sentado aqui, se não tiver fazendo nada você tá produzindo alguma coisa. Tá produzindo uma enzima, mas tá produzindo. **O fato na saúde mental: o cara está aqui e não trabalha, mas ele está produzindo. Produz movimento o tempo todo.** Não é o trabalho remunerado. (Participante Catana)

Gomes (2014) fala que o lazer é uma manifestação da cultura. Entendo que, quando em lazer, uma pessoa produz. Ela produz dentro de seu repertório cultural, afirmando-o ou

produzindo-o, ou ainda o ressignificando. Quando nega sua produção cultural pelo lazer, ela também reafirma sua cultura. No caso, ela pode reafirmar a desvalorização dada ao que não produz bens de consumo. A participante Eliana apontou como desafio a percepção do usuário sobre o que é produtivo. O trabalho pode ser compreendido como produtivo, porque gera dinheiro, o qual, muitas vezes, se destina a suprir as necessidades de primeira ordem (comida, moradia, vestuário). As falas dos participantes remetem a usuários com pouco ou nenhum lazer devido à vulnerabilidade socioeconômica.

Eu acho que é bem restrito. Estar aqui, conversar uns com os outros... às vezes eu percebo que essa atividade entra como atividade de lazer, sabe? Mas acho que **o acesso ao espaço público é muito restrito**. E, às vezes, conseguir se vincular a outros lugares: centro de convivência, outros espaços: academia da cidade, é muito difícil pra eles chegarem sozinhos, então, depende muito da gente secretariar, acompanhar para que eles possam ter acesso. (Participante Livia. Negrito da doutoranda)

Não existe. Praticamente não existe uma galera que deixou a família de lado, o trabalho de lado, deixou o corpo de lado, deixou a saúde de lado, deixou o lazer também. Então, **muitas vezes eu pergunto: que você gosta de fazer? Tem alguma atividade de lazer? Eu não sei o que eu gosto de lazer não, o que que eu gosto de fazer não**. (Participante Catherine)

Uma paciente que eu atendi, que é casada com outro usuário que agora está no centro de saúde. Ela trouxe uma foto de um parque que ela foi, onde ela o conheceu. ‘– Viviane, dá pra você levar o pessoal do CERSAM? Porque ele fica aqui perto!’ Aí eu falei: ‘– Eu não conheço. E ela me mostrou foto e comentou um pouco essa questão do lazer. (Participante Viviane)

Quando eu converso com eles ‘– O que você faz quando você está fora daqui?’ Às vezes, o usuário que não está em situação de rua, que tem casa e está no atendimento ambulatorial, fala assim: ‘– Ah eu não faço nada!’ Poucos são os que enumeram isso ‘ah eu fico sentado no passeio’, ‘agora estou dando conta de ir ao bar, só jogar sinuca e voltar para a casa’. Mas isso eu posso dizer que de 20 usuários que eu acompanho, 3 enumeram isso (Participante Ivone).

Eu fico pensando que a gente tem que ter um pouco esse cuidado. Eu acho que o lazer dos usuários que tem uma convivência mais restrita, alguns muito sozinhos, outros com os familiares, alguns que circulam muito nos seus bairros. Lazer... lazer... **é! Eu acho que é mais difícil, sabe?** (Participante Marisa. Negrito da doutoranda)

Em geral, o lazer nos usuários do CERSAM é descrito como restrito e, pela fala das participantes, há um não saber dos usuários, sobre a própria ocupação. Até mesmo encontrar o que poderia ser lazer parece difícil, para além da vulnerabilidade. Aponto, assim, o papel da exclusão social como um dos efeitos de um diagnóstico de transtorno mental severo, o que leva à redução de participação social e comunitária no cotidiano (SALLES; BARROS, 2013), podendo influir no pertencimento social.

Segundo Salles e Barros (2013) a exclusão se acentua ao pensarmos na lógica

capitalista, em que a produção do capital que é reconhecida. Nesse sentido, quando os CERSAMs propõem e atuam a favor da inserção social, agem de forma contra hegemônica. Essa atuação é evidenciada nas falas citadas, a exemplo do apoio à usuária que mostra fotos de onde foi e incentiva a técnica a propor a outros usuários, ou quando a profissional pensa em que o secretariado pode ser uma forma de apoiar a inclusão pelo lazer.

Ao escutar a reflexão sobre o lazer no cotidiano dos usuários a partir da percepção de seus técnicos de referência, algumas inquietações me visitam. Em momento algum, discordo dos participantes sobre o impacto da vulnerabilidade, na qual os usuários vivem quanto a seus lazeres, sejam eles considerados aceitáveis ou não pela sociedade, a exemplo do uso de drogas. Também, compreendo que vivemos em uma sociedade direcionada para o consumo alienado e para a qual os usuários da saúde mental passam despercebidos como pessoas que produzem. A exemplo da fala de Catana: “produzem movimento”, cada qual a sua maneira, função e significado em um contexto que influencia e é influenciado por esse movimento.

No entanto, quando leio a categoria **lazer do profissional**, a qual está exemplificada nas citações abaixo, penso que a opinião sobre o lazer no cotidiano dos usuários parece se basear no (s) lazer (eres) dos próprios profissionais.

O lazer que eu tenho é sair com as meninas, assistir um jogo hoje, talvez. Muito pouco. Mentira, não é muito pouco não. **Mas, eu fico pensando na minha família mesmo, no meu marido, nas minhas filhas. A gente sai muito pouco junto sabe? A gente não tem muito lazer junto não**, porque é muita coisa, cada um com um trem é muito difícil. Mas, finalzinho de plantão a gente rola uma coisinha. Tem hora que agente dá uma saída assim... pra uns botecos básicos que dá uma arejada bacana, cinema de vez em quando, sabe assim. Essas coisas que me ajudam muito, que me dão força pra viver (Participante Laura. Negrito da doutoranda).

Entrevistadora: É um certo lazer participar do movimento social?

Marisa: Ah é... **o movimento social Adriana, pra mim é uma coisa de sentido de vida mesmo**, (...) como diz a Marta Elizabeth²³: **Felicidade só é felicidade quando coletiva!** Nem gosto muito dessa palavra [*pausa*] (...) eu acho que a gente vive a vida de uma maneira interessante. A gente tem amigos, a gente tem pessoas. Tenho feito, e isso é uma coisa que eu não abri mão nessa coisa do mestrado, de vez em quando, às vezes a cada 15 dias, às vezes menos, eu dou uma saidinha. Então... no momento é esse *happy hour*... Quinta é um dia que, de vez em quando, eu saio e encontro as minhas amigas, a gente vai para um boteco aqui perto, toma uma cerveja... Conversa de trabalho, mas vai né? No momento tem sido isso. Eu tenho visto muita coisa aí de filmes e tal. Também essa coisa mais de casa. Então, a gente fez uma assinatura de um clube de assinaturas que chama TAG livros, não sei se você já viu na internet. São livros lindos (Participante Marisa. Negritos da doutoranda).

O meu lazer é viajar, é ir para o mato, esse é o meu lazer. **Durante a semana eu reconheço que meu lazer é atividade física, que é um momento que eu paro, que**

²³ Importante militante da reforma psiquiátrica de Minas Gerais.

é a luta, e eu reconheço como um lazer. Efetivamente, não é toda semana, mas eu sempre procuro ir de encontro com isso, às vezes eu vou ao parque municipal, eu sento um pouquinho, eu respiro um pouquinho, **eu dou umas “escapulidas”.** **Não é constante, não é toda semana, mas eu acredito que mais ou menos uma vez por mês eu consigo fazer isso** (Participante Ivone. Negritos da doutoranda)

(...) pra mim, lazer é aquela coisa FUN-DA-MEN-TAL. Eu falo que é lazer, a atividade de lazer é descanso. Dormir mesmo, descansar é atividade de lazer. Não, é sério eu gosto muito, muito mesmo. Eu gosto de sair, eu gosto de passear, gosto de viajar, cinema, teatro, música, às vezes ficar em casa lendo um livro, ouvindo música, assistindo um filme...pra mim é importante. (...)

Agora o que tem me interessado bastante são as coisas da cidade mesmo. O que tem acontecido, de procurar saber o que que está acontecendo na cidade, de programação gratuita, de coisa de arte, de música. Eu **estou sempre buscando** alguma coisa assim nesse sentido. Até **pra gente mostrar pros usuários:** ‘olha só gente, eu fui!’. **Quando você fala que você foi..., abre uma portinha,** assim. Fala: ‘olha é gratuito, você não precisa de pagar. Ta acontecendo aqui no parque municipal...’

(...)

Entrevistadora: E você encontra os usuários nesses eventos?

Não encontro, aqui atrás tem uma feirinha que acontece, às vezes, final de semana. Às vezes, quando eu estava de plantão, **eu já levei usuário lá.** A gente ouvindo a música... falei: ‘– Ah vamo lá’. Aí fui, levei né, mas assim... é aquilo você mostrar, mas aí: ‘quero ficar não, quero ir embora...’ Então vamos embora. **Mas sabe que tem possibilidade de mostrar... então eu tenho visto muito o que tem no território, o que tem perto, o que é gratuito para mostrar pra eles que não precisa de dinheiro. Eu tenho buscado muito isso, como eu gosto de ir, é mais uma possibilidade** (Participante Adriana. Negrito da doutoranda).

Lazer pra mim é ir num sítio, quando eu sou convidada pra ir no sítio da minha família, quando eu posso ir a um cinema. Deve ter uns 6 a 7 meses que eu não vou a um cinema. Sabe ir ao cinema, brincar de mangueira com as meninas. Sabe aquelas coisas, não precisa ter muito é de ficar à toa, sem menino. **Não consigo ficar à toa vendo televisão do jeito que eu quero. Seguir uma série, eu nem sei o que e seguir série. Então, pra mim lazer são essas coisas. Viagem... quem me dera poder viajar! Viajo, adorava viajar, quando eu era recém-formada,** quando eu não tinha filhos. Viajava duas, três vezes ao ano (Participante Rute. Negrito da doutoranda)

Eu leio, adoro ler. Estar com meu filho é lazer, a gente brinca, **a gente brinca muito... eu sou uma pessoa que brinca muito.** Eu gosto de ir ao cinema, ir ao teatro. Gosto de ir a shows... Adoro sair pra tomar uma cerveja, inclusive, você está convidada (risos). É... e eu gosto muito de deitar na rede e ficar divagando. Eu acho que é o que eu mais gosto de fazer. **Eu tiro um momento pra isso, sabe?! Esse momento comigo mesma.**

(...) **eu garanto, tento garantir esses espaços. Tem uma coisa também de desvincular a experiência de lazer do outro, necessariamente de uma companhia...** e eu fui aprendendo comigo mesma, assim... De que é ótimo estar comigo nesses momentos, sabe?! Encimesmada. **Isso é muito bom, isso é muito produtivo.** É impressionante, sou aquariana? Eu vivo sonhando (Participante Ana Paula. Negrito da doutoranda.).

Compreendo como lazer, algo que não tenho tido nos últimos momentos. (Participante Nise).

Entrevistadora: Você tem lazer Marta?

Boa pergunta. (Participante olha pra fora da sala. Aquele momento de reflexão existencial) **Olha eu tenho pensado muito nisso esses dias, que eu estou com dificuldade de ter lazer. De me desligar, de outras funções assim.** O momento que eu consigo, realmente, **ter esse lazer, fim em si mesmo,** de não ter

preocupações é quando eu saio para dançar. Quando eu vou num baile da saudade, quando eu vou num *Mr. Rock*, alguma festa, alguma coisa. (Participante Marta. Negrito da doutoranda)

Tenho, tenho. Tava falando que não, mas **eu tenho algumas atividades de lazer que eu curto pra caramba. Pescar é uma delas, de tempos em tempos eu dou uma pescadinha.** Eu comprei um terreninho na beira do rio e a gente está terminando de construir a casa, então (assobia com um cantarolar). É algo que eu curto muito é pescar, pesco com meus irmãos, com meus pais. Atividades com a terra, são atividades que eu gosto demais... Eu moro em um apartamento com área privativa, eu tenho um quintal grandão. **La em casa é cheio de planta e ficamos eu e minha filha cuidando.** Minha filha também gosta dessa *vibe* e tem uma mão melhor que a minha. Tudo que ela planta nasce. Dedo verde! **Então plantar, cultivar, eu gosto muito e é da minha história** (Participante Nise. Negrito da doutoranda).

O lazer dos profissionais, pelas falas apresentadas, remete a lazeres destes fora de casa, em interação, seja com o ambiente, seja com pessoas. Lazeres que reafirmam a contratualidade ao possibilitarem trocas sociais, com presença de poder contratual por parte do participante e com oportunidades de expansão da autonomia destes (KINOSHITA, 2001).

Quando os participantes dizem do **lazer no cotidiano dos usuários**, apontam ausências. Estas não apenas de práticas culturais, mas de contratualidades. A identificação deste eixo da reabilitação psicossocial na observação das profissionais sobre o lazer dos usuários me intrigou sobre o raciocínio clínico terapêutico ocupacional.

O raciocínio clínico terapêutico ocupacional é narrativo (MARCOLINO, 2014). “O pensamento narrativo é a nossa maneira elementar de dar sentido a experiência humana” (MATTINGLY, 2007, p.6). Assim, tentamos explicar as interações que elucidam o comportamento do usuário e sua relação com a vida. Portanto não nos centramos em sintomas e patologias, mas na experiência complexa de viver com, e apesar dos, sintomas e patologias. O raciocínio clínico expresso em narrativa aparece em associação ao formal, biomédico quando em equipe, na apresentação de caso (MATTINGLY, 2007).

Partindo da conclusão que o lazer dos usuários e dos profissionais é ilustrado pelos participantes em raciocínio narrativo, entendo o porquê deles se referirem ao lazer dos usuários como inexistente ou restrito. Acredito que os profissionais buscam uma história para contar. Ao abrirem o livro do cotidiano dos usuários, não encontraram as vivências da ocupação lazer para narrar, não encontraram as contratualidades via lazer para enriquecer ou fomentar as experiências. A narrativa se tornou curta ou restrita ao que acontece ou é favorecido pela instituição.

Transitar por essas duas maneiras de apresentar o pensamento terapêutico ocupacional (formal e narrativo) sobre um processo terapêutico parece ser uma forma de se fazer entender

em equipe. No contexto da rede pública de saúde mental belo horizontina, o profissional é um técnico de referência. A participante Salete aponta a diferenciação de raciocínio clínico que o papel de técnico de referência requer.

No meu raciocínio clínico, aqui no CERSAM... Eu acho que a nossa função é **de técnico de referência**, e quando vamos construir nosso raciocínio clínico aqui, é pensar como essa pessoa chega, **fazer uma análise de que sofrimento é esse, tentar dar um nome**, aproximar de um diagnóstico que vai permitir a gente ter um certo manejo pra saber se é um caso de psicose ou de neurose, se é um caso mais grave. E aí, **à medida que a gente constrói um pouco o diagnóstico, a história de vida e o dia a dia ente pensar o nível de comprometimento que o adoecimento pode estar interferindo**. Eu vejo muito aqui uma dificuldade enorme do laço social. É claro que têm práticas de lazer que você faz solo, mas eu acho que envolve muita questão do laço com o outro. (Participante Salete. Negrito da doutoranda)

A descrição do raciocínio do técnico de referência feito pela participante Salete aproxima-se de uma apresentação formal, proposicional, biomédica. Este tipo de apresentação aborda os sintomas chaves, acometimentos e necessidades básicas, em especial as de vida diária, elementos advindos da avaliação e estratégias de tratamento (MATTINGLY, 2007). Diante da demanda de trabalho e do processo deste em um CERSAM, o raciocínio formal pode se fazer constante. A fala da participante Sandra ilustra o recém-dito e aponta saída:

Então acaba que estamos ali sempre pensando na urgência, e quando só se pensa na urgência é muito difícil incluir o lazer na urgência, a gente pensa no lazer numa construção, então acho que o primeiro é esse. (Participante Sandra)

O raciocínio clínico dentro da lógica antimanicomial pode auxiliar a construção de narrativas. Uma vez que “os argumentos proposicionais estão preocupados em compreender o fenômeno em termos de causas gerais, as narrativas estão preocupadas com as prováveis conexões entre os eventos” (MATTINGLY, 2007, p.8). Nesse sentido, no raciocínio narrativo os elementos que atravessam as experiências (a história de vida, os sintomas, os apoios, os parceiros institucionais) são importantes, uma vez que influenciam a pessoa em si e sua vivência.

Eu acho que, dentro da reforma psiquiátrica, o lazer, o resgate do lazer, é fundamental, porque **é um dos papéis ocupacionais que a gente perde, que os usuários perdem**. A maior parte deles, principalmente os que vêm advindos de internações. **É uma coisa que dentro da minha prática eu procuro sempre pensar assim, quando atendo qualquer paciente. Porque têm alguns profissionais que pensam muito a remissão sintomática**. Vem pro CERSAM, reduz o sintoma, dá alta e vai pro posto.

Eu penso um pouco diferente. Eu penso nesse resgate mesmo dos papéis ocupacionais e, **para mim, lazer é um papel tão importante como trabalho, como outro**. (Participante Ana. Negrito da doutoranda)

Eu penso assim: toda vez que estou nesse serviço de saúde mental, a partir da conversa que eu vou ter com meu paciente, cliente, usuário, eu vou principalmente na investigação de quem ele é, do que ele acredita, do que ele faz. O lazer vai surgir no meu raciocínio, as atividades que ele faz, o que ele desempenha, o que é importante pra ele. **Então, de alguma forma isso vai aparecer, principalmente para eu entender como que ele é, qual a função dele e o que ele desempenha na vida dele.**

Então, estará intrínseco no que eu procurar saber. Principalmente nos momentos que ele não estiver no serviço. E, às vezes, o serviço entra também como uma forma de lazer para ele, de estar aqui. Então eu acho que o meu raciocínio vai entrar desta forma. **Desde a anamnese até quando eu for propor um projeto, eu vou ficar pensando nisso também. O que que ele faz de lazer, nas indicações, e nos recursos que a gente sabe que a rede tem.** Então, a gente pensa em possibilidades de lazer. (Participação Rute)

Eu tenho proposto no CERSAM, agora junto com umaicineira maravilhosa, são as saídas deste local, pensar no fora, até pra eles entenderem que **é possível sair desta rotina e ocupar outros espaços, outras formas de prazer.** Talvez o que ele tem nem é prazer, o que eles acham é né e, aí nós temos saído muito. **A gente tem ocupado** o parque municipal, palácio das artes, o cinema do shopping estação, escutado deles também qual é o desejo, feito oficina do teatro do oprimido, **tentando levar alguma forma de um prazer que se desvincule de uma questão diagnóstica, de uma psicose, de uma neurose.** (Participante Sandra)

Quando eu vou atender um cliente, eu vou precisar fazer uma anamnese da vida ocupacional dessa pessoa. Eu vou precisar fazer uma avaliação do contexto-ambiente da pessoa. E fazer essa anamnese da ocupação. Eu falo anamnese porque eu acho que é importante pra gente também ver se houve um empobrecimento ocupacional ou não. EU gosto de pensar anamnese na saúde mental porque o que acontece com **os pacientes que vêm pra gente é que ele tem um empobrecimento do leque ocupacional** e eu vou ver se a atividade, se a **ocupação do lazer** está presente de alguma forma. Seja na forma de um *hobby*, nem que seja melhor do que nada. Eu acho que **é uma necessidade tão intrínseca, que pelo menos uma novelinha a pessoa vai ver.**

Então, meu raciocínio clínico, a correlação do meu raciocínio clínico com saúde mental, lazer e T.O. vem a partir da minha avaliação, para eu poder rever se esse lazer está muito empobrecido, ou não. **Qual o valor que essa atividade tem pra vida dessa pessoa e quais são os impactos da falta de saúde mental e no cotidiano dessa pessoa. E aí também entra eu pensar na autonomia desse sujeito, pensar se esse sujeito desenvolveu autonomia pra escolher o seu lazer. Qual é a capacidade de escolha dessa pessoa?** Se a pessoa estava em um adocimento tão importante que tinha perdido até a capacidade de um lazer mínimo, que seja uma novela.

Eu vou fazer uma anamnese ocupacional e ver o que fazia os olhos brilharem. Daí já entra uma análise mais subjetiva minha e que eu acho que tem a ver com a volição. A gente tem autores que falam da volição, na T.O. **A busca da volição, ela pra mim é fundamental.** Nesse, dentro desses protocolos técnicos, que eu posso usar uma COPM (Medida Canadense de Desempenho Ocupacional), aquela avaliação de papéis ocupacionais.

Dentro desse proceder técnico eu tenho que ter essa percepção subjetiva da volição, porque é a partir daí que eu vou perceber qual atividade será importante para aquela pessoa fazer, que atividade que aquela pessoa vai conseguir se apropriar e fazer bem pra ela, e que vai fazer parte da história dela, e vai fazer parte da potência de agir dela. E subjetivo não dá pra gente dizer de forma. (Participante Marta. Negrito da doutoranda)

Quando eu atendo qualquer paciente aqui, às vezes, eu gosto até de fazer uma daquelas listas de papéis ocupacionais que tem uma das coisas o lazer, gosto de fazer o eomapa e colocar tudo junto. Dá para o paciente pensar o que é que ele

tem, no que ele pode ter, que é que ele deseja ou não deseja ter de resgate. São os meus pacientes que eu atendo em ambulatório e PD, onde sou referência técnica que eu faço essa construção longitudinal.

Agora, quando eu atendo pacientes, por exemplo, em plantão, que **eu acolho um paciente, eu pego todos os papéis que o indivíduo deveria estar entre aspas ocupando, mas não está por quê?** Eu sempre falo pros meus pacientes: ‘Olha o tratamento é que nem uma pizza’. A gente divide a pizza em diversas fatias, o remédio é uma fatia, mas se for comer só a fatia do remédio vai ficar satisfeito? Não vai! Então precisa da fatia do remédio, a fatia do lazer, a fatia das relações familiares’. (Participante Ana. Negrito da doutoranda).

O raciocínio terapêutico ocupacional desenvolve uma história, a própria intervenção e uma narrativa: com início, sequenciamento, às vezes suspense, drama, comédia, desenvolvimento, organização do vivido no atendimento e fim (MATTINGLY, 2007). Este, pode ser o término do proposto, novos combinados para o próximo atendimento ou, ainda, finalizado devido a questões externas: acabou-se o tempo ou houve uma interrupção, por exemplo.

Ao relatarem uma intervenção terapêutica ocupacional a usuários de saúde mental egressos de hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, em que o lazer era meio e fim em si mesmo, Queiroz, Barreto e Frois (2020) falam do lazer no resgate do papel de morador de uma casa e cidadão de uma sociedade, assim como da construção do papel ocupacional de turista. Mattingly (2007), ao relatar os atendimentos de O’Reilly (1990) em um hospital em que ela recria o metrô de Nova Iorque em uma sala do hospital conclui: “A eficácia terapêutica desta intervenção vai além de ir ao encontro de objetivos de tratamento. Fala sobre a criação de uma experiência que oferece aos participantes uma visão deles próprios como atores no mundo, isto é, mais que somente pacientes”. (MATTINGLY, 2007, p. 17).

Assim como os autores citados, a participante Ana traz a importância de um tratamento que auxilie o indivíduo a retomar e construir seus papéis ocupacionais. Morador, cidadão, turista, ator no mundo, usuário, pai/mãe, irmão/irmã, filho/filha, amigo/amiga, trabalhador/trabalhadora, todos estes e muitos outros “títulos” que ganhamos ao longo da vida são nomeados dentro da terapia ocupacional de papéis ocupacionais. Os papéis ocupacionais orientam as pessoas a agirem em acordo com suas funções sociais (BARRET; KIELHOFNER, 2002 *apud* SILVA, 2011). O seu exercício, ao longo da vida, confere reconhecimento social e de si mesmo, como uma identidade. Ao entender identidade em relação a ocupação, os estudos de Christiansen (1999 *apud* PHELAN; KINSELLA, 2014) esclarecem que

a) identidade se forma e é formada em relações. b) identidades estão ligadas o que se faz e as interpretações dessas ações dentro dos contextos relacionais, c) identidades promovem uma figura central em uma narrativa biográfica ou história de vida, a qual prove coerência e significado aos eventos do cotidiano e a vida em geral e, d)

porque o significado da vida é gerado no contexto da identidade, assim a identidade é um elemento essencial na promoção bem-estar e satisfação com a vida (p.1. Tradução livre da doutoranda).

Em sintonia com o apontado pelo autor, posso concluir que a identidade muda de acordo com a narrativa da vida, assim também os papéis ocupacionais se acumulam e mudam ao longo desta, em acordo com o contexto, as relações interpessoais e as vivências da pessoa.

Pensando pelo viés das ocupações e os papéis ocupacionais, Unruh (2004) desenvolve o termo cunhado por Christiansen (1999 *apud* PHELAN; KINSELLA, 2014) para refletir sobre a construção da identidade pelas ocupações. Não é raro, em ambientes sociais, questionarem quem somos nos por nossas ocupações. Partindo disso, Unruh, (2004) acredita que as ocupações de vida diária, produtividade e lazer, em relação aos contextos institucionais, sociais, culturais e ou políticos, associados às dimensões físicas, afetivas e cognitivas das pessoas, moldem suas identidades ocupacionais.

Partindo dessas reflexões e considerando que os terapeutas ocupacionais envolvidos nesta pesquisa atendem a usuários entre 18 e 65 anos, uma fase conhecida por sua produtividade de capital, é evidente que há expectativas significativas da sociedade, dos profissionais e especialmente dos usuários quanto aos seus papéis ocupacionais.

Nesse sentido, o lazer não é uma ocupação de primeira escolha para o fomento ao desenvolvimento dos papéis ocupacionais esperados, a exemplo de trabalhador, pai/mãe, marido/esposa. Mas, ele também confere identidade ocupacional a quem o exerce. Haja vista os jogadores de futebol de fim de semana, o homem que é exímio churrasqueiro nas festas familiares, a prima que ensina os passos de dança às demais, a tia que cria as brincadeiras do Natal.

Todas são ocupações que podem ser entendidas como lazer, que possuem significado para quem exerce e para quem delas compartilha. Além disso, o lazer pode ser oportunidade de aquisição e uso de habilidades (KHAN; ANTONUCCI, 1979 *apud* SILVA, 2011; UNRUH, 2004) que podem dar suporte ao desenvolvimento de outros papéis ocupacionais, em conformidade com o que se espera daquele indivíduo ou em uma saída divergente.

Nesse sentido que aponto a centralidade no usuário nas intervenções baseadas na reabilitação psicossocial dos CERSAMs como um ponto de resistência à pressão externa e interna de suprir a expectativa de uma produção neoliberal. O entendimento da ocupação lazer como uma ocupação contra hegemônica, quando não sucumbe às exigências de produção neoliberal, pode auxiliar os técnicos a focarem em seus usuários, conhecendo-lhes e seus cotidianos.

A centralidade na relação usuário-ocupação é vista nas falas dos participantes como parte do raciocínio terapêutico ocupacional: “Então, de alguma forma, isso (o lazer) vai aparecer (no raciocínio), principalmente para eu entender como que ele é, qual a função dele e o que ele desempenha na vida dele (usuário)”. (Participante Rute)

Ao se debruçar sobre as ocupações dos usuários e as relações dinâmicas dos usuários, os profissionais não os isolam do mundo, pelo contrário reconhecem a influência desses na sua história de vida. Além disso, os profissionais têm a oportunidade de conhecer a valorização que eles dão a cada ocupação e, assim, a cada contribuição que dão a sua construção identitária ocupacional e ao exercício dela, por meio dos papéis ocupacionais.

Nessa descoberta de territórios subjetivos e concretos, o cuidado se dá com foco na pessoa, assim como apontam as participantes Ana e Rute, em uma na transa com as diversas dimensões de sua vida, e se afasta dos sintomas como elemento mais importante do cuidado. Diante de mais informações sobre o lazer no cotidiano do usuário e construção desse, o terapeuta ocupacional, como disse Rute, desenvolve melhor seu raciocínio e, assim aprimora a narrativa. Dessa forma, o profissional pode ser apoio efetivo no distanciamento de rotina focada em doença, como disse a participante Sandra: “tentando levar alguma forma de um prazer que se desvincule de uma questão diagnóstica, de uma psicose, de uma neurose”.

Essa perspectiva leva à lógica de que o usuário, ao se aproximar de outros espaços, novas rotinas, possa também se aproximar de prazer.

Se pensarmos do “fim para o começo”, o raciocínio clínico terapêutico ocupacional que inclui o lazer promove oportunidades, à medida em que pode favorecer outras rotinas que se afastam do discurso da doença e da desvalorização do usuário da saúde mental devido ao estigma por sua experiência com a loucura. E assim, o usuário pode ter autônomas transações, desempenhando papéis ocupacionais que lhe sejam significativos, em quantas dimensões da vida ele considere necessárias para sua qualidade de vida.

Saliento que a presença do lazer no raciocínio terapêutico ocupacional existe, no entanto, fazem-se necessárias discussões frequentes sobre o mesmo, contextualizando e repensando os discursos e práticas, adequando-os e gerando novos conhecimentos alinhados com a vida brasileira. A fala da participante Marta é uma reflexão riquíssima sobre isso:

Então, vamos pensar. Nós somos profissionais da ciência da ocupação humana por excelência. **O lazer é uma ocupação humana fundamental para a saúde mental de qualquer ser humano**, porque a gente funciona na alternância de sono e vigília, e essa alternância não é só fisiológica. Ela está em todos os processos nosso e da natureza. Então, o lazer entra nessa forma de funcionar. É o momento em que você vai ter um descanso de uma atividade laboral. Mas, **é engraçado que quando a**

gente fala da atividade laboral a gente não fala que é uma forma de *desdescansar* do lazer. Então, automaticamente, apesar de eu ser T.O. eu ainda atrelo o lazer ao trabalho. Esse condicionamento é muito em função do sistema capitalista que a gente vive, que tudo depende das relações econômicas do capital. **E isso a gente na T.O. tem que resgatar. O valor do ócio, porque o mundo valoriza o capital.** Então, acho que é uma profissão muito política, porque **quando a gente está falando ‘ampliar leque ocupacional’ a gente está falando de tirar a pessoa do trinômio casa-igreja-trabalho, ou do binômio casa-trabalho.** (Participante Marta. Negrito da doutoranda)

As falas das participantes neste tema levam-nos a pensar o lazer para cada ator dentro da rede de cuidados em saúde mental. Enquanto terapeutas ocupacionais – técnicos de referência – os profissionais têm papel importante de resistência, de fomentar consciência ocupacional quanto ao lazer, por meio dos recursos disponibilizados pela instituição: atendimento, acolhimento, oficina, reuniões. Bem como os criados dentro destes instrumentos (conteúdo da oficina) e fora destes (conversas no corredor, nos espaços coletivos).

Instigar reflexões sobre o lazer no cotidiano de usuários, profissionais e da própria instituição, pelos dizeres lidos, dialoga tanto com o modelo de cuidado escolhido pela rede, quanto com a profissão.

Neste tema, **Lazer no cotidiano**, buscou-se compreender o lazer na assistência prestada pelos terapeutas ocupacionais participantes, em correlação com o contexto do país, institucional, o dos usuários e o dos próprios participantes. Para tanto, começou-se explicando o que é entendido como cotidiano no âmbito da Terapia Ocupacional. Um conceito complexo e essencial no raciocínio clínico terapêutico ocupacional, o qual, assim como o discorrido se dá em narrativa.

Uma narrativa que, a partir das falas dos participantes, pôde-se entender que, no contexto do cuidado no CERSAM, não se refere apenas a um ator desse cotidiano. As vivências dos profissionais se entrecruzam com suas práticas e o entendimento do lazer dos usuários. Assim como os processos de trabalho, o sucateamento do SUS e as relações contextuais interferem na presença, ausência, desafios e estratégias para que o lazer seja parte do cuidado.

Apesar dos percalços, o lazer no cotidiano do cuidado no CERSAM faz-se ferramenta clínica, de exercício dos direitos humanos e de cidadania, sendo considerado importante para as terapeutas ocupacionais.

O diálogo iniciado neste tema (**Lazer no Cotidiano**), sobre o lazer no cotidiano institucional dos trabalhadores terapeutas ocupacionais entrevistados e dos usuários que esses acompanham, assim como sobre o raciocínio clínico envolvido neste campo (saúde mental) e ocupação (lazer) complementa o entendimento sobre lazer expresso no tema

Compreendendo o Lazer. Complementa ao discorrer sobre o viés clínico, o qual não se restringe ao binômio profissional-usuário, mas se amplia para as transações relacionais entre sociedade, instituição, modos de vida, cultura.

No tema **Compreendendo o Lazer** apresentei 4 elementos pertinentes ao lazer – prazer, autonomia, pertencimento social e consciência ocupacional – no contexto das percepções e aprendizados sobre lazer dos terapeutas ocupacionais participantes, que no tema **Lazer no Cotidiano** ganha outra dimensão.

Dimensão esta calcada na reforma psiquiátrica brasileira e no raciocínio clínico terapêutico ocupacional. Por conseguinte, a partir das citações do texto até o momento, o raciocínio terapêutico ocupacional em relação ao lazer, no contexto da saúde mental antimanicomial baseada na reabilitação psicossocial de Saraceno, pode se beneficiar dos seguintes olhares sobre os 4 elementos citados:

1. O prazer pode ser entendido como forma de engajamento ou interesse no tratamento e/ou pela instituição. O prazer pode auxiliar na autonomia, se este favorecer múltiplas dependências/interesses/engajamentos.
2. A autonomia é princípio essencial em paradigma do cuidado que tem a reabilitação psicossocial como norteador. Ouso afirmar que não há reabilitação psicossocial sem incentivo à autonomia e essa se concretizando em trocas sociais.
3. Pertencimento Social pode estar estreitamente correlacionado com a autonomia. Podendo ser entendido como uma consequência natural de um processo autônomo e prazeroso.
4. Consciência Ocupacional trata do entendimento das opressões advindas, por exemplo, do processo de trabalho e da precarização deste, que influenciam a inclusão, ou não, do lazer na assistência. Requerendo ações em equipe de enfrentamento e de saídas criativas para o árido cotidiano. Pode atuar em íntima relação com a justiça ocupacional.

7.3 Temas transversais

Chego a este tema com a certeza que as categorias que serão aqui narradas já foram em alguma medida contempladas nos temas anteriores, sem, no entanto, foco sobre elas. Estas são: **Paradigmas de Cuidado; Relação Lazer, Saúde Mental e Terapia Ocupacional; Lazer na Rede Ampliada e Identidade Profissional.**

Entendo, cara (o) leitora (leitor), que mais uma vez parece impossível separar uma categoria da outra e, concordo contigo; parece. Mas, penso ser necessário que

compreendamos o que sobressaiu em cada categoria que me fez pensar que, juntas elas são transversais no discurso e ações das (os) terapeutas ocupacionais entrevistadas (os).

Sendo assim, apresento este tema como uma conversa sobre o **Paradigma de cuidados** com e no qual os participantes desenvolvem suas atividades laborais. Seguindo para sua interlocução com o **Lazer na Rede Ampliada**. Continuo a partir do entendimento de que a forma de cuidado dos participantes se conecta, em alguma medida, com **a relação saúde mental, terapia ocupacional e lazer, e a identidade profissional**.

O cuidado prestado na rede de saúde mental pelo horizontal e apresentado nesta tese, com recorte nos CERSAMs, evidencia a lógica da reforma psiquiátrica brasileira e da reabilitação psicossocial proposta por Saraceno (2001). Entender essa lógica, pressupõe a compreensão da loucura como explanada pela participante Marisa:

Eu entendo muito, a saúde mental, dentro da perspectiva dos campos de conhecimentos e de práticas que foram construídos com a reforma psiquiátrica. Então (...) **na reforma psiquiátrica a gente trabalha com a perspectiva de que o nosso objeto é mudar as relações da sociedade com a loucura.** (...) Entendendo, que esse processo, de... moderno, de lidar com a loucura, de transformá-la em doença e de como isso se transformou em exclusão, em aprisionamento, em violação de direitos e naquelas coisas monstruosas, né? (...) **A gente ainda lida com a loucura em uma perspectiva de que a loucura ainda é uma doença. Ainda é uma forma.** Mas, de qualquer forma, na reforma psiquiátrica eu entendo que (...) É necessário um processo de desinstitucionalização, **de desconstrução disso. E se você vai desconstruindo isso... enxerga a pessoa para além da doença, porque aí você vai enxergar todas as outras necessidades das pessoas com experiência da loucura e não só a doença dela. E o lazer é uma dessas coisas, pode ser uma dessas coisas, dependendo da pessoa** (Participante Marisa, negrito da doutoranda)

Essa compreensão permite enxergar os usuários como pessoas com desejos, potencialidades, limitações e barreiras às participações em ocupações e em sua comunidade. Os escritos de Paulo Amarante (AMARANTE, 1995; 1996) dialogam com a fala da participante e instiga a necessidade de se olhar para a loucura como fenômeno e não como doença. Fenômeno que possibilita reconhecer o sofrimento da pessoa que experiencia a loucura, mas a distância dos manuais técnico científicos para enxergar seus potenciais. Enxergar a pessoa, como nos lembrou a participante Marisa.

Nesse sentido, o encontro entre o pensamento cristalizado sobre a loucura que desvaloriza a singularidade de cada pessoa e, portanto, de cada expressão e vivência com a loucura, e, sua concepção alargada de potência na diversidade, apresenta tensões expressas no cotidiano do tratamento em liberdade. Por sua vez, este que é preconizado pela reabilitação psicossocial, acontece com desconstrução da lógica cristalizada, o que remete a desinstitucionalização da loucura, fortalecendo o poder contratual e autonomia das pessoas

para além do ambiente dos serviços de saúde (GUEDES, *et al.*, 2014). Assim, o lazer pode fazer parte dessa desconstrução da lógica cristalizada.

Acho que pra falar de liberdade, pra tratar o sujeito com liberdade, a gente precisa pensar nisso (lazer). De..., de usar dessas estratégias do lazer pra mostrar a liberdade, pra... reproduzir mesmo essa questão da liberdade. Acho que é importantíssimo uma... uma... Um recurso que eu uso sempre assim em tudo aqui no CERSAM, nas oficinas, no projeto terapêutico do dia a dia, é uma coisa que eu preconizo muito. (Participante Johana)

O cuidado em liberdade encontra, no projeto terapêutico singular, a oportunidade de focar nas demandas da pessoa junto ao profissional. O lazer desempenha papel de ferramenta, que pode auxiliar na desinstitucionalização, na desconstrução de saberes cristalizados sobre a loucura e, por conseguinte, sobre a pessoa em experiência desta. Nesta lógica o tratamento em liberdade pode ser potencializado. Sobre o papel de ferramenta, penso que não ocorre apenas quando o lazer se dá fora dos muros do CERSAM, mas em toda oportunidade em que as modalidades de cuidado do serviço (permanência dia, hospitalidade noturna, ambulatório) ou atendimento individual ou coletivo, associadas ao exercício do prazer, do pertencimento social, da consciência ocupacional e da autonomia por meio de práticas culturais em tempo escolhido para vivenciá-las, são utilizados dentro da unidade.

Nesta linha de raciocínio, o lazer contribui com a reabilitação psicossocial e está dentro dos muros concretos das instituições (CERSAM, centro de saúde, casa familiar) ao possibilitar que, no mínimo, a pessoa perceba que tem direito a esta ocupação. E, ao fazer isso, em seu próprio tempo possível, experienciá-la em outros espaços. O tratamento em liberdade, ao que se refere ao lazer, em minha concepção, vai além de ambientes, mas ao exercício do direito da vivência deste. O trabalho iniciado dentro do CERSAM pode ganhar outras proporções fora, como ilustra a participante Catherine

Traz um empoderamento, uma visibilidade pra essa galera que fica na margem, passa a ser vista, eu posso, posso está aqui, tô aqui. É muito massa. É um lugar que a gente tem que fazer assim, na minha opinião: obrigação, se a gente é trabalhador de saúde, de ir lá e puxar o outro pela mão e dar a vez pro outro, é assim. (Participante Catherine)

O trabalho dentro do **paradigma de cuidado** da reabilitação psicossocial e da reforma psiquiátrica também é exercido em equipe. Parte-se do princípio que o cuidado que acontece em rede, requer muitos atores e deveria acontecer de forma horizontalizada. Portanto, o saber de cada um contribuiria para a assertividade e eficácia do cuidado. Da equipe fazem parte os profissionais técnicos de referência (psicólogos, enfermeiras, terapeutas ocupacionais,

assistentes sociais), médicos, técnicos de enfermagem, porteiros, faxineiras, motoristas, familiares, e especialmente o usuário.

A moça da cozinha participa, o porteiro, eles não participam (das oficinas) as vezes por questões administrativas, mas eles participam. E eu acho que é importante, coloca todo mundo no mesmo lugar. (Participante Catherine)

A proposta que os CERSAMs trazem, os CAPS trazem, seria da **proposta da discussão**. Porque eu acho que se a gente passar pela proposta de coatendimento, de correferência isso e acabar voltando (para o modelo de ambulatórios) (...). Eu acho que a gente tem que ter uma forma de aproximar as linguagens assim, mas por exemplo aqui a gente discute muito caso coletivamente, em equipe. (...) Por exemplo, uma vez por mês, vai um técnico levar o PTS de um paciente e todo mundo discute. Então, no que compõe o PTS tem lá os repertórios ocupacionais, que eu acho bacana (Participante Rui).

Como apontado pelo participante Rui, o **paradigma de cuidado** adotado pelos CERSAMs se diferencia tanto do modelo hospitalocêntrico quanto do ambulatorial. A lógica de “cada um no seu quadrado” não cabe na reabilitação psicossocial e, nem o reforço ao saber especialista. Assim sendo, a discussão coletiva dos casos poderia provocar a valorização dos conhecimentos diversos. De certa, forma o que se espera ao não se priorizar a graduação de cada profissional, é a mescla de habilidades e competências diluídas na pessoa do técnico de referência, que pode ser compreendida na medida que cada técnico aprende um pouco sobre cada saber profissional e, diante de impasses, discutem o caso nas reuniões. Nessa lógica de cuidado transdisciplinar o lazer pode entrar como um disruptor de uma rotina biomédica, seja esta marcada pela instituição, ou reproduzida pelo usuário e seu meio familiar.

Então a gente pensa na saúde mental, o sujeito em crise em tratamento assim, ele se perde um pouco nesse lugar de sujeito. Ele fica muito objetalizado pela instituição também, pela questão da medicação. **O que eu percebo é que muitas vezes a vida vira uma rotina em torno do tratamento, a questão é ir pro CERSAM todo dia, tomar um remédio todo dia, vira algo que gira em torno do diagnóstico.** (participante Sandra)

Ressalta-se a importância do técnico de referência na escuta e na proposição de questionamento da reprodução de um tratamento centrado em remédio e em sintomas. A fala da participante Ana explicita como ela ilustra o tratamento para o usuário:

Olha o tratamento é que nem uma pizza. A gente divide a pizza em diversas fatias o remédio é uma fatia, mas se você comer só a fatia do remédio vai ficar satisfeito? Não vai. Então precisa da fatia do remédio, a fatia do lazer, a fatia das relações familiares (participante Ana)

A analogia à pizza apresenta o cuidado que o serviço de atenção psicossocial, no caso o CERSAM, se propõe ao reconhecer que cada saber soma qualidade de vida ao usuário. Além dos elementos norteadores da reabilitação psicossocial e do cuidado em liberdade e em rede da reforma psiquiátrica, recentemente a rede de saúde mental de Belo Horizonte tem se aberto a abordagem *Recovery*.

O *Recovery* é uma abordagem iniciada na década de 1980 por movimento de usuários de serviços de saúde mental do Canadá. Ele é prático, pode ser ofertado em formato individual e em grupos. Traz consigo a marca da esperança e da melhora da qualidade de vida, além da possibilidade de as pessoas em experiência com a loucura receberem e darem apoio uns aos outros, e de retomarem o controle de suas vidas, apesar das barreiras e limitações desenvolvidas por seus sintomas, estigma ou contexto sociofamiliar (LEAMY *et al*, 2011).

Práticas orientadas pelo *Recovery* valorizam a singularidade dos usuários, não se centram em sintomas ou desejos da equipe para o usuário. Pelo contrário, escutam suas avaliações sobre os serviços e a equipe busca junto com o usuário caminhos singulares de mais vida (BACCARI; CAMPOS; STEFANELLO, 2015; CORRADI-WEBSTER, 2017).

Um dos recursos amplamente utilizados na rede de saúde mental, advindo do modelo *Recovery* que tem sido difundido na rede, principalmente pelos residentes multiprofissionais em saúde mental da parceira Prefeitura de Belo Horizonte e Hospital Odilon Behrens, é a abordagem Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

A GAM auxilia os usuários a participarem com maior empoderamento de seu tratamento ao que concerne as decisões medicamentosas, educando-se sobre elas com o apoio da equipe, mas, principalmente, com apoio de seus colegas de tratamento através de suas experiências.

A GAM foi desenvolvida no Quebec, Canadá, na década de 1990, por meio de pesquisas apoiadas ativamente por usuários, que surgiram a partir da demanda destes, por maior controle de seus tratamentos (MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA, 2015). Como uma prática que visa a qualidade de vida e *Recovery* dos usuários, ela pode ser desenvolvida por qualquer trabalhador da saúde mental. A participante Laura nos relata sua experiência com os princípios desta abordagem extrapolando a questão medicamentosa, adentrando outras fatias da pizza (tratamento):

Laura: Atualmente, eu trabalho com a GAM (Gestão autônoma da medicação) e a gente tem feito um trabalho de suporte de pares. E esse suporte de pares é de a gente se organizar junto com eles, e eles serem empoderados para ir, por

exemplo, no cinema sozinhos, um cuidando do outro, um indo com o outro. Escolhendo... por exemplo, e daí vai desde a questão assim: ‘vamos ao cinema?’, ‘Então vamos comprar o jornal?’. Um vai e compra o jornal. ‘Vamos escolher o filme? Que horário vocês estão pensando? Como é que vocês vão?’ Deles se organizarem, eles levarem uma máquina de tirar foto, e tiraram mil fotos lá, desde o banheiro se maquiando para participar do cinema, como depois do cinema, como do lanche que vão comer. Essas coisas que eu tenho feito mais, que eu mais acredito sabe?

Entrevistadora: Deles irem sozinhos e vocês mediem só esse início, essa organização?

Laura: **A organização toda a gente tá junto. (...) pra eles a iniciativa é muito difícil. Depois eles vão.** Então, por exemplo, foram no parque municipal juntos, num domingo, e então a gente vai e, nesse domingo que eles foram, a gente veio pro CERSAM, a gente vê o lanche que cada um trouxe, depois vocês viram e falam, “agora nós vamos de metrô”, a gente oferece alguma coisa, por exemplo o vale transporte, ajuda no lanche. E aí, nesse dia, por exemplo domingo, que eles foram pro parque, a gente, sem eles saberem, a gente ficou no celular... uma tinha o celular, na feira hippie²⁴ aguardando se tivesse alguma... algum contra tempo, que não teve.

(...) Essa coisa, assim, rendeu muito. Porque depois **o grupo começou a ficar sem grana para poder tá saindo. Então, elas iam pra casa de uma, pra fazer, acho que bom, vender nos lugares pra poder arrecadar o dinheiro. Essa possibilidade é que eu acredito, que é possível de ser feita, e que eu faço, entendeu... que me dá prazer inclusive. Porque além da questão do trabalho em si, você vê aqui que é uma coisa que é possível de ser feita e que dá resultado.**

E esse grupo por exemplo, ele parou de funcionar porque as pessoas tomaram um rumo na vida. Uma começou a trabalhar, a outra saiu da crise, (...) cada uma foi dando um rumo. E é isso. Alguma coisa ficou né, é isso que a gente faz agora com a outra GAM. (...) esse grupo de suporte de pares é o que eu acredito, e é o que eu quero fazer assim (...).

E o lazer vai tá entrando aí. A gente escolhe nesses grupos, assim, aquelas pessoas que realmente estão assim: vão pro CERSAM todos os dias e não têm... e por que vêm pro CERSAM todos os dias? Por que é tão difícil de ficar em casa? Por que é tão difícil de pensar em um outro lugar, em alguma outra possibilidade, a gente vai criando né, junto. E vamos ver até que dia que vai dá.
(participante Laura)

O lazer como uma ferramenta de envolvimento e engajamento ativo na vida tem sido um parceiro em práticas orientadas pelo *Recovery*. Segundo Iwasaki e colaboradores (2014) o lazer contribui ainda com a redução de sintomas e estresse. No caso relatado, por Laura, o lazer orientado pelo *Recovery* configurou-se como um aliado da reabilitação psicossocial, na medida em que possibilitou a contratualidade e a exploração de territórios com apoio, além do reconhecimento das particularidades de cada um no processo contratual e no empoderamento de seu cuidado. Este último, exemplificado pelos interesses das usuárias em lazer, a ponto de diante de uma barreira, buscarem supera-la gerando renda.

Ao refletir sobre as memórias da participante Laura, lembrei-me de outro exemplo que

²⁴ A Feira Hippie é uma feira de venda de produtos diversos e artesanatos. Acontece todo domingo, na avenida principal da cidade de Belo Horizonte, a qual fica fechada de, aproximadamente, 5h da manhã às 15h. Está localizada em frente ao Parque Municipal, onde os usuários foram.

explicita a relação *Recovery*, reabilitação psicossocial e lazer: a viagem à praia.

Em setembro de 2010, o centro de convivência (CC) Carlos Prates realizou a primeira viagem à praia, que se sabe, na rede de saúde mental de BH (CASTRO *et al.*, 2010). As residências terapêuticas também se aventuraram para além das montanhas de Minas em 2012 e 2014 (QUEIROZ, FROIS e BARRETO, 2014).

A “viagem à praia” se tornou, ainda nesta década, um dos recursos a usuários da rede de saúde mental, também utilizado pelas equipes dos CERSAMs. A viagem à praia foi marcante para os profissionais desta pesquisa, apresentando-se, em seus discursos, como um recurso não apenas de fomento do lazer, mas também de cuidado em saúde mental que abarca inclusive a corresponsabilidade deste por parte do usuário e da gestão, como explicitam as participantes Laura e Nise.

Laura: Então, **a gente se responsabiliza** (participante se refere à viagem para à praia), **mas qualquer um tem risco**. Uma escola, a escola das minhas filhas. Ontem uma foi pra Serra da Piedade e aí? Vou virar para a escola, se acontecer alguma coisa: a responsabilidade é suas? Depende do que acontecer.

Entrevistadora: É uma corresponsabilidade

Laura: Ela tem que viver aquilo. E os pacientes, os pacientes que nunca viram uma praia. A experiência que a gente teve, dessa vez que a gente foi, que foi lindíssima, assim, da pessoa pensar: agora posso morrer porque já vivi isso. **Você proporcionar essas coisas, pra gente não tem preço**. Mas, para a secretaria de saúde parece que tem. **Porque, assim, a gente tem que lutar o tempo inteiro até o final contra essas coisas burocráticas, idiotas, na verdade, que não consegue ver para além**. (Participante Laura. Negrito da doutoranda)

Viajar à praia é algo absolutamente do campo do lazer, né. Algo que você planeja para um descanso, para um prazer, para uma diversão, uma confraternização, essa coisa toda. E quando a gente vai pra praia a gente não vai uniformizado. A gente não usa um uniforme, mas a gente não vai uniformizado para uma urgência de CERSAM. A gente vai pra rua, pra praia, pra passear.

Obvio que acontece alguma coisa com o usuário e tal, que acontece alguma coisa, a gente tá sempre permeando, mas a questão nossa, o nosso ponto é que deixar a vida rolar, deixar acontecer. O papo que surge na praia a gente conversa, a demanda que surge na praia a gente conversa, à noite na casa, a festa que se faz, tudo isso é a vida acontecendo. **E a gente vê quanto que esse momento de lazer tem impacto direto. É um impacto assim. E ele é pesado, um impacto pesado na clínica**.

O tanto que o nosso usuário se modifica a partir da entrada nesse projeto da praia, que não é só viajar, é um ano de preparação para você fazer essa viagem, para você construir essa ação de lazer, vou chamar assim, não sei um termo melhor, não. (Participante Nise. Negrito da doutoranda)

O lazer é visto, dentro da prática dos participantes, como algo que, de alguma forma eles também são responsáveis por mediar, facilitar ou no mínimo apresentar ao usuário. Essa responsabilidade, que percebi em suas falas, são advindas e coerentes com o paradigma de cuidado escolhido (reabilitação psicossocial dentro da reforma psiquiátrica brasileira). Por ser aliado à abordagem *Recovery* toma dimensão de alimentar as esperanças em uma vida

possível, apesar das dificuldades que as várias questões em saúde mental trazem.

Faz sentido para os participantes, como exemplificado pela fala da participante Laura, que haja corresponsabilidade nesse cuidado para se chegar ao bem comum e a qualidade de vida almejada por todos. Assim, quando a Secretaria de Saúde Municipal impede a viabilidade da ida à praia, ela age de forma retrógrada, tutelando o usuário e desvalorizando a construção de um projeto terapêutico feita por muitos: usuários, profissionais e familiares. A praia apresentou-se como recurso clínico significativo para usuários (autonomia, gerenciamento de dinheiro e de medicação, planejamento, sonhos), trabalhadores (uma pausa na rotina pesada, sonhar junto) e cotidiano do serviço (redução de usuários dentro do serviço, leveza, esperança).

A narrativa abaixo, da participante Ana, mostra que o sucateamento das ações de lazer que requerem maior aporte financeiro, assim como a medicamentosa (ou farmacêutica) (falta de remédios) e de RH (não reposição ou contratação de trabalhadores), dentro dos serviços de saúde mental, já acontece há algum tempo.

Até aproximadamente o ano de 2010 a coordenação de saúde mental de Belo Horizonte disponibilizava para a rede ingressos da empresa CINEART para os serviços organizarem o uso destes. Havia, portanto, parceria com a empresa e possibilidade de lazer não comum na vida dos usuários. Não foi encontrado documento que justificasse o cessar de ingressos gratuitos, mas à época, conversava-se sobre corte de recursos financeiros.

Entrevistadora: Aqui ainda tem os ingressos?

Ana: Não, não consegue, não.

Não, cada um arca com o seu. Mais ou menos, porque eu acho assim, que é um trabalho, igual a ida à praia. Tem muito tempo que a gente não consegue esses ingressos mais, mas eu consegui uma **articulação** com o CINEART e consegui que cada usuário pagasse meia. **Pagam meia, eu vou fazendo um trabalho.** Vai ao cinema, **eu passo um mês fazendo essa articulação**: tem que juntar dinheiro, o dia do cinema é tal dia, vai ser tanto. E a gente vai fazendo. Igual à praia, que a gente tinha a ida à praia que era anual. E a gente não vai esse ano porque a prefeitura embargou. Mas, era no mesmo viés, trabalhando muito o lazer. (Participante Ana)

A fala da participante Ana aponta dificuldades, mas também saídas. Ela lança mão da habilidade de articular para garantir acesso dos usuários ao cinema. Ana traz ainda uma questão importante que Kinoshita apontou no tema **Lazer no Cotidiano**: a autonomia. No **paradigma de cuidado** exercido nos CERSAMs a autonomia não é só importante, mas crucial para a melhora da qualidade de vida dos usuários, na medida em que este ou esta amplia suas possibilidades de escolha, de se posicionar no mundo e de pertencer socialmente.

Nesse sentido, apesar da escassez de recursos para ofertar no tratamento, pois, estes

exigem aporte financeiro, a profissional tem a oportunidade de trabalhar o desejo, a escolha e estratégias para não apenas fazer essas escolhas e desejos serem realizados, mas para driblar o sistema que limita o acesso e criar oportunidades de senso de eficácia ao conseguir alcançar o que almejava.

Para este “trabalho”, como relatou a participante Ana, o qual é processual, são necessárias várias “dependências”, na lógica do conceito de autonomia proposto por Kinoshita. Assim, a ideia de cuidado em rede, proposto pela reforma psiquiátrica italiana e adotada no Brasil, faz-se coerente. Na fala que se segue, da participante Rute, vemos duas questões. Uma já apresentada, a qual se refere à rotina dos serviços. Sim, rotina, repetição automatizada dos procedimentos que fazem parte do cotidiano do CERSAM e de quem o vive. Mas, a fala da participante Rute traz também o **lazer na rede ampliada** como atravessador, fomentador possível do lazer e de ressignificação deste cotidiano e, mais ainda, do cotidiano dos usuários.

Então, em qualquer grupo que eu conseguisse fazer, que eu gosto muito de um grupo de autocuidado, um grupo de valorização ali do espaço, de produção, de alguma questão artística, cultural. Qualquer espaço diferente dessa rotina maçante de vir ao serviço, tomar remédio, ficar aqui, almoçar e ir embora. **Qualquer atividade eu acho que já seria muito prazerosa, mas eu acho que a gente tem que extrapolar e ir para fora do serviço.** Eu acho que fora do serviço, o lazer ganha uma outra proporção. **Então, assim, não tem perto, mas tem próximo.** O próprio centro de convivência, tem atividades sempre. Os centros de referência de assistência social dos bairros, parques, espaços públicos, nem que seja da mínima, das mínimas coisas. (Participante Rute. Negrito da doutoranda)

A fala da participante Rute aponta para uma rede ampliada. Ou seja, diz ao que concerne as possibilidades de lazer institucional na saúde mental do Centro de Convivência, mas não se restringe a ela ao citar, na assistência social, os centros de referência (do idoso, por exemplo). A participante fala dos espaços públicos como territórios a serem ocupados. Aqui a lógica vai além da de território como algo geográfico, administrativo ou assistencial, ao incluir os processos, seja de emancipação ou de opressão, que se dão dinamicamente nele.

Ao se pensar a categoria **lazer na rede ampliada**, apesar de o usuário fazer uso dos serviços no espaço geográfico de referência de cada CERSAM, a rede deve ser muito mais ampla do que os serviços públicos. Ela se organiza pelas inter-relações no cotidiano em um território vivo que é marcado e marca o fazer e a subjetividade do ser humano. (LIMA; YASUI, 2014; SILVA; PINHO, 2015).

Nesse viés, a rede deve incluir familiares, comerciantes do bairro, locais de interesse do usuário, perto ou longe de sua casa, sistema educacional e previdenciário. Constitui-se

rede, por conseguinte, pontos de apoio ao cuidado do usuário. O lazer na rede ampliada dialoga intrinsecamente com o cuidado calcado na reabilitação psicossocial, assim como sinaliza a participante Ana Paula.

É um momento de, de... alívio mesmo, assim... pra essa vivência que é tão sofrida e tão pesada, mas eu acho, que para além disso, **eu entendo o lazer como algo que ter que ser garantido como direito humano. Independente de ser de uso terapêutico, a gente ter garantido isso pra gente e pra todos os usuários que a gente lida, porque é uma dimensão fundamental da existência, sabe?! Então assim, a minha perspectiva do que se refere ao lazer é muito nesse sentido.**

No campo assim... do tratamento, eu acho que também tem um outro ponto que é fundamental, que é de **quebrar um pouco esse circuito que é feito muito em torno dos equipamentos da saúde, da assistência. Dar a esse sujeito outros espaços pra ele aparecer.** É como eu disse que é, uma atividade ou é um momento, que não tem necessariamente uma obrigatoriedade, uma pessoa direcionando, **aparece muito do sujeito nesses momentos, e isso é fundamental porque no circuito da saúde mental por mais que a gente lute pra esse sujeito ter liberdade, ainda é muito difícil, a gente fala muito por ele né. E nesses momentos, ele fala por ele e a gente tem que ter essa abertura pra escutar e promover esses momentos nesses espaços.** (participante Ana Paula)

Uma ruptura muito grande com esse campo do lazer a partir do adoecimento mental. Tem **uma ruptura com diferentes níveis de atividade, mas o lazer é o, acho, que de fato, é o que eu percebo uma ruptura maior e o que é mais difícil da gente conseguir fazer um vínculo depois.** Por quê?! Por vários motivos. E aí as intervenções clínicas. Nesse sentido, elas são pro sujeito, mas muito pra família. **A família passa, muitas vezes, a acreditar que esse sujeito não tem a necessidade, não demanda. Isso porque, às vezes, ele não verbaliza. Ou ela, às vezes, fica muito tomada pelos sintomas** e, assim, oferece só coisas pra poder interferir nesses sintomas imediatamente, como a medicação ou os espaços de tratamento, sabe?! (participante Ana Paula)

A participante Ana Paula aponta outra questão importante sobre o **lazer na rede ampliada** e o diálogo com o **paradigma de cuidado**: a importância de um entendimento de mão dupla. Ou seja, não é apenas o usuário dentro do serviço e este que devem ser incentivados a olharem e investirem na ocupação lazer, mas entendendo que uma rede requer vários pontos para se constituir rede, cada um deles deve receber algum investimento para que desinstitucionalize seu olhar acerca do lazer, e do lazer do usuário da saúde mental. Passando a compreendê-lo como uma ocupação necessária, uma fatia da pizza sabor vida, uma ocupação que a mera existência é resistência às ações aniquilantes de esmagamento das opções de vida do ser humano.

Não é paciente que eu acompanho, mas eu sei que acompanha os **bailes funks no aglomerado da Serra. Tem uma inserção bacana.** Mesmo assim eu acho pouco, **mesmo nos lugares periféricos eles ainda ficam mais à margem, das práticas.** (Participante Salete. Negrito feito pela doutoranda)

Nossos usuários têm pouca interface com esse bairro (bairro onde o CERSAM está

localizado). **É um bairro antigo, mais boêmio, isso atinge a gente. Poucos frequentam. Um, dois moram perto da praça. Você faz a oferta de evento aqui e eles não vão. Eles não moram aqui.** Se fosse circuito gastronômico na favela, seria mais possível a participação. (Participante Salete: Negrito feito pela doutoranda)

Quando eu vejo que existe um empobrecimento do lazer e do convívio social eu sempre tô buscando o centro de convivência. (Participante Marta)

Então, eu consigo em alguns pacientes de ambulatório, fazer esse resgate, e outros pacientes eu encaminho para a rede. Centro de convivência é uma opção interessante, quando ele se identifica com alguma atividade que tem lá, porque também é fechado—**São atividades determinadas e a pessoa nem sempre vai se identificar com aquilo. Mas a gente faz o encaminhamento e fica muito feliz quando consegue essa adesão**, ficar ali.

Eu faço muitos encaminhamentos para o Centro Cultural daqui da nossa regional. Vejo muitos usuários que vão e conseguem fazer uma atividade de Lian Goung, e gostam, e se identificam, e eu consigo ampliar um pouco isso, de não ficar só buscando aqui no centro de convivência essas atividades, ou essa rede de socialização. **Socialização, não é rede. Mas que ele consiga fazer isso, em outros locais, que ele vai ter saúde, vai encontrar com pessoas, vai se ver igual, no caso com pessoas que não são da saúde mental, como é o centro cultural.**

Então, eu tô sempre, atualizando o que o centro cultural oferece de atividades e sempre atenta aos pacientes que eu tenho, que eu atendo, para que eu possa fazer esse encaminhamento para lá. Isso é lazer, porque são atividades que eles oferecem. Lá tem zumba, lian goung, tem uma tal de biodança. Então, são atividades diferentes, e que são saudáveis, e que ele pode se identificar e gostar. (Participante Marília. Negrito da doutoranda)

Percebo que meu público de atendimento **é muito precário em tudo, principalmente lazer, na comunidade.** Não tem espaços de lazer, não tem projetos de lazer, são poucos e aparecem poucos pra mim (...) Você não vê um parque ecológico perto, nem que seja essas campanhas de brinquedo na rua. Não tem nada. (Participante Rute. Negrito da doutoranda)

Carmen: O que eu escuto é assim: vão viajar pra casa da família, vão pra uma chácara de família, eventos sempre ligados a família ou religião. Ou vai no culto, ou vai em algum evento que seja da religião- Aqui, a gente tem um certo distanciamento do centro de convivência. A gente não consegue fixação dos nossos usuários, principalmente os mais jovens, principalmente no Centro de Convivência que faça uma ponte nesse sentido. **Mas eu percebo hoje, que essa ponte fica mais consistente com os pacientes que já são crônicos no centro de convivência. Para os que chegam, para os mais jovens, eles não conseguem se vincular.**

Entrevistadora: Interessante que você falou que não são usuários crônicos, são usuários crônicos no centro de convivência.

Carmen: Pacientes de longa data, que aderiram lá. Agora, novas adesões, novas fixações, mesmo a agente falando coisas lindas, tentando colocar todo o brilho naquele lugar, eles chegam para uma entrevista, vão alguns dias e o que eu tenho escutado com bastante frequência é que, lá, as pessoas estão mais doidas que aqui. Eles voltam para o CERSAM para me dizer que não suportaram, e que não interessaram em ficar lá. Eles querem um lugar onde não tenha tanta gente doida. Que tenham mais outras coisas. Então, é o que eu percebo. Infelizmente, é a gente oferecendo as possibilidades, é falando das coisas que estão rolando na cidade, aí a gente leva pra os eventos da própria saúde mental, que é um esforço que todos os anos a gente faz, de leva-los.

Teve o ano passado, há uns dois anos, uma exposição bonita da Suricato, numa casa lá na floresta. Aí eu fui. Fiz todo o movimento de levar os usuários pra, como se chama essa palavra, não é compartilhar, mas esqueci, fugiu, valorizar, enaltecer aquilo ali,. E foi fantástico! Eles amaram. Eles amam! As reações são as mais belas possíveis, de afinidade, de entendimento, de risada. Porque tem uma coisa muito doida mesmo: da arte, da maluquice, que é engraçada. Daí as pessoas se identificam,

riem disso tudo. Então é muito divertido e muito leve, sempre. (Participante Carmen. Negritos da doutoranda)

O cuidado exercido na rede de saúde mental de Belo Horizonte, em especial nos CERSAM, deve se dar no território de assistência, mas principalmente no território vivo, que tem sentido para o usuário e, portanto, é dinâmico. Quando associado ao lazer, esse território se apresenta como palco para contratualidades que reforçam o paradigma de cuidado emancipador, de busca de autonomia, em liberdade, e entremeado com a subjetividade de cada usuário.

Utilizado como ferramenta clínica pelos participantes, o lazer é reconhecido e valorizado como potente neste paradigma de cuidado. No entanto, quando se pensa nos pontos de apoio para o desenvolvimento do lazer, há limites importantes, dos financeiros aos de sentimento de pertencimento dos usuários. Os pontos de apoio serão tão únicos quanto cada usuário, ainda que vários frequentem o mesmo ambiente. Configurando-se assim, uma rede única para cada pessoa.

Presente na rede de cuidado de alguns usuários, estão os Centros de Convivência. Pontos de cultura e convivência, inclusos na rede de cuidado em saúde mental no SUS. Os Centros de Convivência e Cultura são espaços de construção de laços sociais, expressão da criatividade, intervenção na cidade e convívio (BRASIL, 2005). Ocupam o território vivo do cuidado por meio da arte e do fazer em oficinas. Eles apresentam possibilidades aos usuários, tornando-se uma possível fatia do tratamento, com a tarefa, em especial, de estimular a convivência de pessoas que, como a participante Salete disse, estão à margem, não apenas da sociedade em sua forma ampla, por não produzirem capital, mas à margem de seu contexto micro, seja ele familiar, do bairro ou educacional.

A ideia que o centro de convivência seja o ponto da rede onde mora a cultura, assemelha-se, ao meu ver, ao reducionismo que o CERSAM é o local da crise, como se na crise não tivesse a presença da cultura, e como se dentro do Centro de Convivência não tivesse crise. Como a participante Marília lembrou, há usuários que dizem que no Centro de Convivência há “doidos” (sic) assim como no CERSAM. Isto ilustra que o usuário se move na rede, sem a obrigatoriedade de alcançar um nível qualquer para passar para a outro. A rede se propõe a ser horizontal e não hierárquica. O Centro de Convivência apresenta-se como aliado e não subordinado ao CERSAM.

As participantes Marília e Carmen levantam inquietação ao pontuarem sobre o não pertencimento que os usuários encontram em pontos estabelecidos, como da rede de saúde mental, a exemplo do Centro de Convivência, Afinal, não é apenas a cronicidade do usuário

que se faz alerta, mas a dos serviços também, que devem se reinventar com frequência para acolher e se mostrarem atraentes para os novos casos e os antigos.

A partir do exposto, penso que, quanto menor a movimentação ampla do usuário para além da rede de saúde, menor a possibilidade do exercício da autonomia e de oportunidade para diversos pertencimentos sociais, assim como maior a possibilidade de cronicidade da movimentação do usuário na rede. Para evitar essa cronificação das ações, os profissionais podem lançar mão do alinhamento de seus raciocínios clínicos, norteados pela reabilitação psicossocial e banhados por criatividade e inovação.

No recorte do lazer, a reflexão sobre a **relação saúde mental, terapia ocupacional e lazer** (uma das categorias deste tema) pode auxiliar o profissional a transitar pela rede, pensar seu papel neste cuidado e na rede, e refletir como essa ocupação está ou não presente nessa relação, além de sua própria **identidade profissional** no contexto dos CERSAMs.

E acho que a T.O. se ocupa de pensar o cotidiano. Eu acho que eu tenho muita dificuldade identitária com a T.O. Pensar que a gente se debruça sobre o cotidiano das pessoas em diferentes fases da vida, em diferentes condições. E o lazer tem, para algumas pessoas mais do que para outras, mas ele ocupa parte importante do nosso dia a dia. Então, essa relação pra mim, ela é direta, ela existe. Agora, do ponto de vista teórico, pra gente pensar assim, eu não consigo fazer, uma ligação tão direta (Participante Salete. Negrito da doutoranda)

É tripé da pessoa. É tripé da saúde mental de qualquer pessoa. **Tripé aquele que a gente estuda lá no comecinho. Atividades de vida diária/AIVD, lazer e trabalho.** E se você perde um desses pés desse tripé a pessoa despenca. É basicamente isso. (Participante Marta. Negrito da doutoranda)

Pensando na Terapia Ocupacional, (o lazer) é uma dimensão das atividades humanas, então assim, logo o vínculo com a terapia ocupacional já está aí. A gente lida com esse sujeito prático em atividade. E, no que se refere à saúde mental, eu penso que as **experiências de lazer e as atividades estruturadas de lazer**, elas são fundamentais, não só terapeuticamente, porque as vezes elas têm um efeito terapêutico no **sentido de criar espaços** mesmo, pro sujeito que está ali sofrendo com seus sintomas. (Participante Ana Paula. Negrito da doutoranda)

Eu acho que (o lazer) faz parte. É base do nosso paradigma de terapeutas ocupacionais. Acreditar no trabalho, é um pilar: trabalho, lazer, o desenvolvimento. É uma das bases. É um fazer humano. **A gente tem que ter esse espaço, esse tempo definido, um período do lazer, pra gente estar completo, desempenhando as funções.** Então, eu acho que faz parte. **Está intrínseco na profissão, eu acredito** (Participante Rute. Negrito da doutoranda)

(...) eu acho que (o lazer) deveria fazer parte do cotidiano de cada ser humano, momentos de lazer. Então, eu acho que tem tudo a ver, e, no mais, aqui principalmente, na questão da saúde mental daquele usuário que a gente sabe que não desempenha seus papéis de uma forma legal. Então, **o lazer provavelmente vai estar incluído nesse meio: ou vai estar deficitário a parte do lazer, ou vai ser inexistente, ou alguma coisa o T.O. vai poder investir nisso.** Acredito que sim, nessas três coisas (Participante Rute. Negrito da doutoranda).

Sim, lazer é uma das áreas de desempenho que a terapia ocupacional pode intervir.

(Participante Marília)

Acho que o lazer é uma atividade, uma área de ocupação humana que faz parte do nosso domínio, assim, do nosso foco de estudo, de intervenção, e que, claro, está ligada a saúde mental. Uma atividade que **quando você tem engajamento, uma atividade significativa, acho que isso favorece a saúde mental** (Participante Livia. Negrito da doutoranda)

(Sobre a existência da relação SM, T.O. e lazer), acho que passa muito da privação de direitos dos usuários que a gente tem trabalhado para reverter isso, é histórico. E, assim, **há impacto ocupacional na vida do sujeito, seja portador de transtorno mental grave, seja por um histórico de internação, seja por um histórico de marginalização desde sempre**. Então, a gente vê que muita gente não tem esse momento na vida. E eu acho que trazer isso (lazer), **mostrar pro sujeito que ele reproduz essa prática na vida, não só aqui no CERSAM, acho que é importantíssimo**. E é, o que a gente tem tentado fazer. (Participante Johana. Negrito da doutoranda)

Vai muito da história mesmo e dessa ruptura biográfica social do sujeito. **Essa ruptura, onde tem que ficar privado de liberdade e não pode ocupar os espaços porque as vezes não é dito normal, não se comporta como os outros, sabe?** Então, vai muito disso, que é um direito de todos que precisam circular e reproduzir essa prática. Que ela seja reproduzida na vida do sujeito após a saída desse serviço, que é um serviço de urgência. Um serviço de passagem. Então, a gente segue muito essa linha. Espero que a gente consiga atingir esse objetivo, de mostrar pro sujeito que aquilo é dele também, e que ele também pode fazer isso, não é só das outras pessoas. **E porque ele não é dito normal, não pode ocupar os espaços, não pode fazer as coisas, é uma coisa que a gente não quer que aconteça mais**. (Participante Johana. Negrito da doutoranda)

As falas escolhidas exemplificam o pensamento dos participantes sobre a **relação saúde mental, lazer e terapia ocupacional**. Este é marcado pelos norteadores da prática terapêutica ocupacional, o que alguns participantes nomeiam de pilares. Referindo-se a algo que sustenta a prática e o raciocínio clínico terapêutico ocupacional. Atividades de vida diária, lazer e trabalho foram os pilares citados e correlacionados com o fazer dos participantes dentro do arcabouço da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, o fazer terapêutico ocupacional no contexto da saúde mental, segundo os participantes, deve apoiar e estar alinhado ao modelo de cuidado vigente. Essa lógica é apresentada com detalhes na fala da participante Johana, quando faz menção ao percurso histórico dos usuários na saúde mental e ao impacto das experiências manicomial em suas ocupações. Seguindo para a reflexão do que se espera do cuidado em um serviço de urgência e o desejo de que o fomento feito neste serviço de “passagem” possa ser reproduzido em uma vida cotidiana fora da rede institucional.

Assim como os participantes veem relações entre o lazer, saúde mental e a terapia ocupacional em prol do cuidado dos usuários, os colegas de trabalho, os usuários e as gerências tem suas impressões sobre essa relação. A percepção de todos esses atores sobre o fazer terapêutico ocupacional na saúde mental atravessa e, também, influencia a **identidade**

profissional dos terapeutas ocupacionais desta pesquisa.

Discutir identidade profissional dentro da terapia ocupacional é uma tarefa árdua, a qual confesso não tomarei como minha. Até mesmo porque exige aprofundamentos advindos de diversas perspectivas. Carvalho (2012) diz que em 2001, circulava um livro com definições de Terapia Ocupacional do hemisfério norte, sul, do leste e oeste do planeta. Definições longas e, segundo Nickel, 2007 *apud* Carvalho, 2012, embora ricas em descrições, não deixavam claro o objeto de trabalho da terapia ocupacional.

“Na Terapia Ocupacional, o que deveria funcionar como um reforço da identidade são atributos frequentemente questionados por parte dos profissionais” (CARVALHO, 2012, p.370). Ao ler esta frase da autora citada, penso que a riqueza, a qual certa vez foi entendida como “barroca” (veja fundamentação teórica desta tese), mas que se sabe ser narrativa e com grande poder de articulação das áreas em que atua (educação, saúde, social, previdenciária, reabilitação por exemplo), faz-se de difícil compreensão por determinadas pessoas, inclusive de difícil explicação para alguns terapeutas ocupacionais.

Carvalho (2012) cita pesquisas em Portugal, Brasil e Inglaterra, nas quais o uso de termos como atividade, independência e/ou autonomia são também utilizados por outras profissões, não configurando uma especificidade de entendimento do que faz o terapeuta ocupacional. Acrescentaria a esta lista o termo cotidiano, o qual é frequentemente usado de modo corriqueiro por colegas de outras profissões.

No campo da saúde mental belo horizontina, em que o profissional é contratado pela sua formação de base, mas exerce papel de técnico de referência, a **identidade profissional** terapêutica ocupacional, a partir da fala das participantes, parece seguir três cursos:

- 1) De não existência, quando o profissional tem claro o seu objeto de estudo e prática:

Menina, eu vou ser muito sincera, assim, não é vaidade não (risos), é senso de competência. Eu acho que eu sou muito uma pessoa que... eu sou muito esclarecida em relação a isso. Não é uma crítica a colegas, tá?! Mas, assim, às vezes **eu percebo né, de alguns lugares que eu já trabalhei com colegas que são T.Os, assim... Um certo negligenciamento dessa dimensão, sabe?! E uma certa padronização das condutas, assim, nesse nome "técnico de nível superior", que eu acho assim: muito ruim.** Agora, eu pessoalmente, assim...eu tenho muita tranquilidade nisso, porque eu garanto isso. **É porque eu não sei fazer diferente, eu sou assim: eu sou TO (risos). Eu sou TO, entende?!** (Participante Ana Paula. Negrito da doutoranda)

- 2) De apagamento da prática advinda da formação de base diante do cargo de técnico de referência:

Entrevistadora: Como o lazer pode estar incluso na assistência terapêutica ocupacional?

Sandra: Vai muito assim, na parte da T.O. Eu fico até confusa, porque eu acho que tem tanto tempo nesse misto de técnico superior, que fico sem saber o que é próprio da terapia ocupacional, sabe?! (Participante Sandra. Negrito da doutoranda)

- 3) De um certo conciliar as duas funções. Sendo que esta conciliação, nem sempre e consciente, seja no campo teórico, seja no pratico, mas, presente no discurso, por termos ou reflexões habituais à profissão.

Aqui no CERSAM, eu não tenho esse apego a ser T.O. Eu até esqueço que sou T.O.. **É claro que tem a formação, com o meu olhar, em como eu construo meu raciocínio, mas eu não tenho essa identidade colada no campo da T.O.** Agora, o que eles (usuários) fazem no dia a dia, me toca. **Me interessa saber o que eles fazem, fazer algumas ofertas, tanto do ponto de vista do projeto singular de cada um quanto do projeto coletivo da instituição.** (Participante Salete. Negrito da doutoranda)

As falas das participantes também remetem a reflexões que perpassam por como o profissional é visto, no sentido de como ele mesmo, usuários, gerência e colegas entendem, ou não, seu papel e lugar, no contexto do CERSAM e pelo que é esperado na política pública em que está inserido.

Primeiro que eu penso que a nossa atividade, aqui, está para além da disciplina, e isso pra mim é uma coisa muito clara. Que a gente não... é claro que a gente tem uma formação que nos garante estar aqui, que garante esse lugar, mas nossa atividade como técnico de referência está muito além. E aí, isso (ser terapeuta ocupacional e técnica de referência) não é uma questão fundamental para mim. **Se é uma questão para o usuário, a gente vai trabalhar isso. Mas não que isso esteja como prioridade no meu raciocínio.** (Participante Lívia. Negrito da doutoranda)

Eu acho que ser técnico é bom, positivo. Mas, ser técnico te faz sair um pouco da sua especificidade, função. No sentido que assim: ah! Um dia você está de plantão, e nos atendimentos você tem que pensar de forma geral e muito rápido, então **eu acabo achando que a questão específica, o quê que eu poderia fazer além do que todo mundo faz, é difícil, pela rotina do serviço, e por você ser técnico de referência.** Eu gosto de se técnico de referência, mas eu acho que te demanda certas coisas que você vai deixando a especificidade de lado. (...) Acho que a gente, às vezes, fica muito preso na questão do técnico de referência e isso (a especificidade da profissão) vai se perdendo sabe? **Fica até difícil de raciocinar mesmo como terapeuta ocupacional, sabe?** (Participante Katia. Negrito da doutoranda)

E aí, na coisa do lazer tem alguns momentos que eu passo pelo CERSAM e sou chamada como a 'moça do passeio'. Quer coisa mais bonita que a moça do passeio? Que artista, que terapeuta ocupacional, que nada! É a moça do passeio. Sabe? **Eu acho essa coisa do ousar e do criar é muito bem-vinda e necessária na saúde mental.** Inclusive eu, como trabalhadora, não consigo me ver de outra forma. (Participante Catherine. Negrito da doutoranda)

Entrevistadora: Você consegue se diferenciar entre Catherine, artista e Catherine, terapeuta ocupacional?

Catherine: Já misturou demais, Adriana.

Entrevistadora: É a sua imersão na arte que te faz ter esse olhar assim?

Catherine: Pra mim não existe, **a saúde não funciona sem arte e a arte não funciona sem saúde. As coisas estão muito ligadas.** Sabe, o caso que aconteceu esses dias, que é isso: fui levar a pessoa ao cinema. A pessoa dez anos sem ir ao cinema, foi a que mais gostou. E na hora de fazer um vídeo, coloca a mão na boca. No dia seguinte, meu olhar atento, vê dois estudantes de odontologia aqui dentro. Galera, fulana e, agora ela está lá tratando de dente. Acho que são essas percepções, que dizem de sensibilidade também. Não é só uma questão de ser artista. **Eu poderia ser artista e não ser sensível. Poderia ser uma terapeuta ocupacional e não ser sensível a esse ser humano que está na sua frente.** Tem que ser, por eu ser artista pode ser que eu tenha uma sensibilidade mais apurada. **Geralmente a gente espera isso dos artistas né? Mas eu espero isso da galera que trabalha na saúde também.** (Participante Catherine. Negrito da doutoranda)

Eu sempre trabalhei com arte, antes de ser terapeuta ocupacional. Na verdade, **eu escolhi ser TO porque me contaram,** eu ia fazer fisioterapia... Aí me contaram que tinha um jeito de eu fazer (risos), foi assim que descreveram pra mim na época: **que era possível eu fazer um paciente ganhar movimento tendo prazer, tendo uma experiência de prazer em alguma atividade que fosse significativa pra ele.** Eu nem fui trabalhar com reabilitação física... (risos). Mas, assim, eu achei isso interessante, foi isso que me fez pesquisar o que era Terapia Ocupacional e eu fui fazer TO.

Então, assim, **eu sou TO, sabe?! Mas também a cultura, a dimensão da cultura é algo muito importante pra mim. E o lazer... Ele faz parte da cultura, porque o que é lazer pra uma determinada cultura, às vezes não é uma experiência de lazer pra outra?! Tem uma dimensão objetiva do campo da cultura.** Eu acho que isso me dá, talvez, um pouco mais de abertura pra isso, mas sem dúvida nenhuma a minha formação como terapeuta ocupacional traz isso...

(...) essas experiências de lazer são os momentos de expressão desse sujeito, sabe?! Acho que tem muito a ver com a minha formação mesmo? Agora, sem dúvidas nenhuma, eu como artista consigo ter um olhar sobre isso. Acho que amplia, né, esse olhar. (Participante Ana Paula. Negrito da doutoranda).

Os outros profissionais não têm (que fazer oficina), porque a gerente entende que o profissional por excelência, para dar oficinas, é o terapeuta ocupacional. Por um lado, fico um pouco lisonjeada por ter uma colega da saúde mental, que tem anos de profissão, que é trabalhadora da saúde mental, que é a gerente. E, ela ter visto excelentes oficinas de terapeutas ocupacionais. Eu acho que a gente realmente é muito bom de conduzir oficina e recebo isso como elogio. **Mas, por outro lado, eu também vejo isso com péssimos olhos, porque é uma colega que sempre trabalhou com terapeuta ocupacional e não entendeu o que é terapia ocupacional até hoje** (Participante Marta. Negrito da doutoranda).

Não penso que atividades é do oficineiro. Penso que a terapia ocupacional tem um raciocínio riquíssimo para explorar isso na saúde mental de N maneiras. E o lazer entra nisso, se ele descobre algo que ele gosta de fazer, ele pode fazer isso em casa, sair dessa ociosidade que eles ficam, porque às vezes nem uma atividade passiva que é assistir televisão eles dão conta, vê se lá uma atividade ativa com várias etapas (Participante Marília. Negrito da doutoranda).

As minhas formações depois não foram muito vinculadas a terapia ocupacional. Que é algo que a gente vinha conversando, que **a gente vai afastando da identidade, vai se tornando um técnico de nível superior, ou então muito especialista na área que atua.** Eu fiz especialização em álcool e outras drogas e uma na área de saúde em geral, mas até colocando um pouco de falta de voltar mesmo para a terapia ocupacional (Participante Eliana. Negrito da doutoranda).

A identidade profissional dos participantes entrevistados dialoga intimamente com o campo de desempenho de suas funções: a reabilitação psicossocial (MARCOLINO *et al.*,

2019). Neste referencial de cuidado, o profissional pauta suas ações no campo da cidadania e a figura do técnico de referência é de um profissional amplo em habilidades e funções, responsável pela construção e condução do caso, ainda que cada um tenha suas particularidades. (SANTOS, 2014). Portanto, a função de técnico de referência, como disse a participante Lívia, engloba mais que o exercício terapêutico ocupacional. O que, sim, agrega sobrecarga profissional, como vimos no tema **Lazer no Cotidiano**, inclusive com funções burocráticas.

No entanto, a atuação ampla permite, por via da educação em serviço, o aprendizado sobre e advindo de outras disciplinas e, o desenvolvimento de habilidades. O profissional, por exemplo, pode aprender dentro do CERSAM, se for necessário para a condução de seus casos, sobre efeitos medicamentosos e formas de uso destes (Farmácia), fisiologia clínica e psiquiátrica do usuário (medicina), processos emocionais (psicologia), cuidado físico e gerenciamento do cuidado clínico e psiquiátrico (enfermagem), processos gerenciais e administrativos (gerente, técnicos administrativos e recepcionista), cuidado com o ambiente (serviços gerais), segurança pública (porteiro) e cartografia do território (motoristas).

Ser técnico de referência, segundo as participantes desta pesquisa, permite se responsabilizar pelo caso e inovar dentro dele seguindo a demanda que se apresenta e o dinamismo da mesma. Santos (2014) em sua pesquisa de mestrado intitulada “O trabalho do técnico de referência a partir do técnico de referência” também escutou de seus participantes, todos técnicos de referências de CERSAMs de Belo Horizonte, as mesmas conclusões. No entanto, as terapeutas ocupacionais da pesquisa desta tese, ainda que relatem afastamento de sua especificidade quando exercem a função técnica de referência, também recorrem à formação de base sempre que necessário ou em paralelo às funções de referência.

Lançar mão do saber da formação de base, no caso terapêutico ocupacional, em conciliação com o esperado de um técnico de referência em um trabalho interdisciplinar, parece ser a saída que pode levar ao trabalho descentralizado, pois, é compartilhado em equipe, ainda que a referência mantenha o cuidado ordenado. Ou seja, o técnico de referência que concilia seu saber disciplinar e o ampliado pelo proposto como técnico de referência parece ter maior consonância com o paradigma de cuidado proposto pela reforma psiquiátrica brasileira e reabilitação psicossocial, nas quais o saber de cada um soma e potencializa o cuidado. Ainda que, um profissional conduza o caso, ele (a) acolhe e caminha junto com o usuário, organizando o cuidado de forma integral.

Nesse sentido, a inovação que cada profissão traz ao serviço e aos usuários agrega ao fazer cotidiano, e não seria assim diferente com a terapia ocupacional. Por muitos anos a

terapia ocupacional foi vista como a profissão das oficinas, modalidade de cuidado frequentemente utilizada pelos terapeutas ocupacionais e na qual, e pela qual, podemos auxiliar a rotina dos serviços, de forma complementar ao PTS dos usuários, e contribuir com o quadro clínico, qualidade de vida e melhora do usuário (MONTREZOR, 2013).

Se a identidade ocupacional surge a partir de como a pessoa é vista em seu cotidiano, em um cotidiano laboral interdisciplinar em que não esteja claro o fazer terapêutico ocupacional ou o entendimento sobre ele esteja misturado com sua história na psiquiatria, terapeutas ocupacionais que só trabalham com oficinas podem ser vistos como não apenas especialistas em grupos e oficinas, mas como os únicos fomentadores das mesmas. Pensar dessa forma é ignorar outras habilidades destes profissionais, como o caso de ser “a moça do passeio” ou mesmo de reconhecer o desejo de quem tem habilidade de trabalhar com grupos em desempenhar prioritariamente esta modalidade.

Tomar ciência das potencialidades, habilidades e capacidades dos profissionais dentro de um serviço significa, inclusive, ao meu ver, perceber que a identidade profissional muda, seja, por exemplo porque a profissão se atualiza, seja porque o profissional se despertou para outros interesses dentro de sua prática ou, ainda, porque a demanda da sociedade sobre este profissional se diversificou.

Penso, assim, que a **identidade profissional** das participantes perpassa não apenas o próprio olhar atento e sensível para suas práticas, ou suas vivências pessoais que se somam às suas habilidades e são incorporadas ao seu dia a dia laboral, mas também devido a quem está ao redor compreender que lhes é exercício profissional. Talvez, quem está ao redor também tenha dificuldades de explicar o que é terapia ocupacional e o seu fazer dentro do campo da saúde mental, com tantas articulações, formas de se fazer e ainda diluído dentro de atividades que, em tese, podem ser realizadas por qualquer profissional da saúde mental (MINAS GERAIS, 2006).

Nesse ponto, partindo da fala da participante Ana Paula, ser terapeuta ocupacional parece contribuir com a função técnico de referência, com excelência, à medida em que ela passa pelo olhar da cultura expressa no cotidiano. Se, de forma resumida e simplista, cultura é o modo de viver de cada pessoa, em concordância com as influências (educacionais, culturais, políticas, socioeconômicas, ancestrais) que o fazem pensar, agir e ser quem é; e, se cabe à terapia ocupacional estudar e intervir no modo como a cultura se manifesta no cotidiano por meio de ocupações (lazer, atividades de vida diária, trabalho, relacionamentos interpessoais e, como as ocupações criam, recriam e produzem cultura no cotidiano), então, a terapia ocupacional pode, nas construções de caso, apontar as correlações entre as ocupações e o

paradigma de cuidado.

Isto evidencia como esse paradigma interage de forma dinâmica com as ocupações e como um pode beneficiar o outro. A partir daí, torna-se possível ao usuário estar na rede de forma mais autônoma e satisfatória para ele mesmo (**lazer na rede ampliada**).

Neste caminho penso que as **relações entre terapia ocupacional, lazer e saúde mental** podem se tornar mais claras para alguns profissionais que partilham do labor com o/a terapeuta ocupacional. E, quem sabe, a **identidade profissional**, não no contexto do trabalho com diluição de identidade disciplinar, mas de construção de uma identidade agregadora de saberes e modos de fazer – como é o CERSAM – possa ser um consenso prazeroso para todos. Acredito, contudo que, para tanto, os profissionais interessados em seguir neste caminho devam contar com o apoio da gerência, de forma que esta reconheça as potencialidades de todos os profissionais em suas disciplinas, e os instigue a contribuir com seus saberes formais ou informais.

8 CONCLUSÃO OU AROMA

Imagem 8. Cafezão: café com conclusão.



Fonte: acervo pessoal.

No será tan fácil, ya sé qué pasa,
 No será tan simple como pensaba,
 Como abrir el pecho y sacar el alma,
 Una cuchillada del amor
 (...)
 Y uniré las puntas de un mismo lazo,
 Y me iré tranquila, me iré despacio,
 Y te daré todo, y me darás algo,
 Algo que me alivie un poco más
 (Fito Paez, década de 1985)

O autor da canção “*Yo vengo ofrecer mi corazón*” teve em família uma injustiça social marcante, o assassinato da avó e da tia. Imerso em sua raiva e dor não conseguiu ver a beleza dessa canção. Um colega de trabalho o lembrou do valor daquilo que tinha escrito e de suas habilidades.

“El Indio me hizo darme cuenta de lo que estaba haciendo y me dio la perspectiva del valor y de las palabra que tenían las canciones y no podía ir por la vida pisoteando lo que había escrito y que tenía un valor que en ese momento intente negar”, reflexionó el cantante (SOLARI, 2019)

Comumente conhecida nas vozes de Mercedes Sosa e Milton Nascimento – ela argentina, ele brasileiro –, em uma certa medida “*Yo vengo ofrecer mi corazón*” me ajudou a criar tessituras para escrever esta tese e, agora, concluí-la. Em cada encontro com os diversos atores do meu processo de doutorado, mais que conhecimentos vários, amor foi ofertado. Amor que me impulsionou e renovou o desejo cansado de escrever e finalizar, apesar das vivências pessoais, políticas, sociais e, por fim, sanitárias (COVID-19).

A pesquisa é uma oferta constante, na qual o pesquisador dá tudo o que tem naquele momento e recebe o que lhe é ofertado. Não foi tão fácil como eu pensava, mas irei tranquila e devagar apontar para conclusões que levem a novos inícios, que cada abertura do peito e encontro de almas, escritas ou faladas, trouxe-me de alívio à minha inquietação inicial. Inicial porque muitas outras vieram depois.

Ofereço minhas conclusões como aprendemos com Mattingly (2017) e, como escrito em toda a tese, em uma narrativa, pois, não posso me esquecer que sou terapeuta ocupacional. A partir das falas dos participantes, considero o lazer indissociável do raciocínio terapêutico ocupacional, seja por ser um dos pilares do fazer humano em prol de qualidade de vida e bem-estar, seja por possibilitar fomento à autonomia, contratualidade, participação social e pertencimento social.

Por se construir e reconstruir em íntima ligação com as necessidades do povo brasileiro e suas políticas públicas, por vezes, o discurso terapêutico ocupacional, ao longo de sua história na saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, mistura-se com jargões e ideais da política de saúde mental brasileira, que se calca na reforma psiquiátrica e na reabilitação psicossocial de Saraceno. Essa mistura fica acentuada no papel de técnico de referência, por exigir funções e saberes transdisciplinares (diluídos e construídos de forma coletiva e advindos de várias disciplinas e fazeres humanos).

Os profissionais entrevistados transitam constantemente entre a teoria psicanalítica – elegida como aporte teórico na rede de saúde mental belo horizontina –, o modelo de reabilitação psicossocial de Saraceno – praticado em nível nacional –, e teorias, modelos, guias, abordagens e teóricos terapêuticos ocupacionais. Sendo que os dois primeiros são comumente abordados no cotidiano do serviço em reuniões e discussões de caso.

Contudo, mesmo os participantes que se definiam como técnicos de referência e diziam não estar mais identificados com a terapia ocupacional citavam os pilares da profissão em seu raciocínio clínico. O que explicita que, mesmo sem se identificarem com a profissão, ainda podem contribuir a partir dos saberes dela.

Entendo que haja dificuldade em compreender e explanar o que é a profissão e como ela pode contribuir com indivíduos, grupos, comunidades e instituições. Afinal, o raciocínio terapêutico ocupacional transita entre cultura, ocupações, contextos políticos e pessoais, limitações, potencialidades da pessoa, do contexto e das várias relações que a pessoa possui e/ou constrói, ou seja, é um raciocínio amplo e específico ao mesmo tempo. O qual, com esta particularidade, busca compreender a pessoa e suas relações com o mundo e vice-versa. Ainda assim, reforço que a identificação como terapeuta ocupacional ou, ainda, o raciocínio clínico

terapêutico ocupacional surgiu de forma mais aprofundada, sem rechaçar a função de técnico de referência, no discurso dos profissionais que declaravam algum norte teórico terapêutico ocupacional.

A reabilitação psicossocial aparece nos discursos, como um modo de fazer que norteia a prática, ao mesmo tempo que possibilita comunicação dessa vasta rede de cuidados, a qual vai além da rede dentro do CERSAM, e se amplia até onde as contratualidades motivadas pela autonomia e o prazer das pessoas permitirem. Nesse sentido, a reabilitação psicossocial qualifica as ações da terapia ocupacional no contexto da saúde mental. Principalmente quando a questiona quanto ao capacitismo, apontando a autonomia por meio de dependências (laços), instigando o profissional a pensar a ocupação lazer no cotidiano de forma transaccional, como no recorte aqui discutido, por meio dos prazeres que podem potencializar autonomia e contratualidades e, assim, favorecer a construção de identidades ocupacionais inclusivas.

Para tanto e, a partir das falas dos participantes, considerando a Ciência Ocupacional como aporte teórico para a terapia ocupacional em correlação com a reabilitação psicossocial, e o conceito de Gomes (2014) sobre o lazer, concluo que:

Terapeutas ocupacionais compreendem o lazer a partir de seu aprendizado formal e informal, tendo-o em viés terapêutico, em correlação com o que é realizado, como é realizado, e com qual sentido é ou pode vir a ser realizado. Estas reflexões estão em íntima ligação com os contextos culturais, políticos, socioeconômicos, interpessoais, educacionais, de forma que a ocupação nunca está estanque, ela muda porque as influências mudam. Há, portanto, um trânsito que se dá, no campo do lazer, com presença de prazer, com tensões ou não. Essas tensões são impactadas em diversas escalas, a exemplo das decisões de qual lazer experienciar ou pela consciência ocupacional que a pessoa tem sobre si mesma e seus contextos, assim como pela injustiça ocupacional que ela vive.

O lazer, na fala dos participantes apresentou-se como ocupação seja na perspectiva da Ciência Ocupacional Clássica em que ele aparece de forma estruturada, categorizada com onde, como, propósitos e significados delimitados. Ou ainda, o lazer aparece no entendimento da Ciência Ocupacional transaccional, ou seja, em relação constante com o que ou quem dialoga ou interfere com o lazer do indivíduo, grupo, comunidade. e manifesta na cultura e ela se manifesta por ele.

A perspectiva clássica se aproximou mais da fala recorrente dos participantes sobre sua compreensão do lazer deles, nos serviços, em seus fazeres profissionais ou pessoais e do lazer dos usuários. Uma vez que, apresentaram o entendimento desta ocupação de forma restritiva, sem ou com pouca sinergia com outras ocupações e necessidades humanas e com

limitada compreensão da dimensão cultural dos usuários quanto ao lazer.

Por tanto, na proposição, aqui defendida de uma compreensão da ocupação lazer em lógica relacional com pessoas, ambientes e contextos, pensa-se que quando um terapeuta ocupacional avalia e propõe cuidado com foco nesta ocupação, ou a inclui, ele está exposto aos valores, crenças e práticas culturais da pessoa e seu grupo. Entender essa delicadeza faz diferença, especialmente quando o profissional faz uso de seu poder contratual para estimular autonomia e contratualidades. Assim, estará em seu(s) relato(s) cotidiano(s) o entendimento das manifestações da cultura, dos prazeres, bem como do tempo e o espaço em que pessoas, grupos e comunidades se dedicam ou não ao lazer.

A partir da vivência do cotidiano do serviço, às vezes expressado como “processo de trabalho”, e indo além deste, por meio do raciocínio clínico, os terapeutas ocupacionais, deste estudo, explicitaram a importância do lazer em suas vidas, na dos usuários e no dia a dia do CERSAM/ CERSAM ad. Apontando a relevância de se atentar para esta ocupação, desde o momento em que o usuário entra no serviço e as oportunidades de intervenção, seja nas modalidades de atendimento – hospitalidade noturna, permanência dia, ambulatório ou plantão –, seja nas ferramentas que perpassam essas modalidades: oficinas, atividades coletivas, conversas, construção do projeto terapêutico singular.

Nesse sentido (e ciente de que se faz hora de concluir, ainda sentindo o aroma e o gosto do café que fiz ao longo de toda essa tese), permito-me compilar e brevemente relacionar um pouco mais com a fundamentação teórica, os quatro pontos discutidos nesse texto como importantes no entendimento de lazer. Os pontos vieram do discurso dos terapeutas ocupacionais entrevistados, dentro do contexto da reforma psiquiátrica, nos CERSAMs de Belo Horizonte. São eles:

- 1) Prazer: Elemento que comunica com a ludicidade, o que a partir da fala dos participantes caminha além de uma linguagem, mas um elemento que favorece a aproximação e a conexão com o outro e, a partir destas favorecer contratualidades. O prazer explicitado pelos participantes, por vezes se aproxima do senso comum ao se remeter ao fruir com leveza, sentimentos alegres, relaxantes, felizes, mas também se aproxima a busca por satisfação das necessidades, seja de autorrealização, do estético ou até mesmo em consonância com outras. Além disso, viver um momento prazeroso também apresenta tensões na medida que requer posicionamento, decisões coletivas e/ou escolhas. Em uma assistência que valoriza a autonomia e a participação do usuário como se dá na terapia ocupacional e na reabilitação psicossocial as tensões podem ser potenciais para desenvolvimento de

necessidades e estratégias de satisfação das mesmas. Isso, comungando com o entendimento de que o lazer é dinâmico e considera as diversas relações da vida da pessoa e, que como uma ocupação transacional que é dimensão da cultura e necessidade humana ele dialoga com várias tensões e subjetividades. O que implica em formas diversas de lazer para expressar as multitudes subjetivas. O prazer explanado pelos participantes pode ser compreendido como satisfação ao se pensar o lazer como necessidade humana, como uma satisfação com múltiplas formas. Em sua variedade em satisfazer a necessidade ele pode potencializar e/ ou ser entendido como forma de engajamento ou interesse no tratamento e/ou pela instituição. O prazer como satisfação pode, também, auxiliar na autonomia, se este favorecer múltiplas dependências/interesses/engajamentos.

- 2) Autonomia: elemento que se define principalmente pelo acesso e respeito às escolhas. A autonomia é princípio essencial no paradigma do cuidado que tem a reabilitação psicossocial como norteador. Ouso afirmar que não há reabilitação psicossocial sem incentivo à autonomia e essa se concretizando em trocas sociais.
- 3) Consciência Ocupacional: Algum entendimento da importância das relações sociais e contextuais no cotidiano. Sua influência interfere nas escolhas, no sentir-se parte e no desfrute do prazer. Entendimento das opressões advindas, por exemplo, do processo de trabalho e da precarização deste, que influenciam a inclusão, ou não, do lazer na assistência. Requerendo ações em equipe de enfrentamento e de saídas criativas para o árido cotidiano. Pode atuar em íntima relação com a justiça ocupacional. A compreensão do lazer como ocupação pela perspectiva da Ciência Ocupacional proporciona pensar a relação da autonomia e a consciência ocupacional uma vez que amplia o olhar sobre as transações culturais e sociopolíticas da ocupação. Nesse sentido, diante das injustiças que impactam a vivência do lazer por populações marginalizadas, como as que terapeutas ocupacionais de CERSAM e CERSAM ad trabalham, surgem questionamentos de como contexto e ambientes influenciam a autonomia da vivência de lazer dessa população. Assim como, se o entendimento das opressões influencia as escolhas em relação a um ou outro lazer e a como se movimentar para que a necessidade de lazer seja satisfeita apesar das injustiças ocupacionais. Noto que o elemento consciência ocupacional pode potencializar as ações dos terapeutas ocupacionais que atuam guiados pela reabilitação psicossocial visto que ela preza pelo exercício dos direitos e cidadania.

- 4) Pertencimento Social: Pode estar estreitamente correlacionado com a autonomia, e ser entendido como uma consequência natural de um processo autônomo e prazeroso. Envolve o sentir-se incluído, tanto subjetivamente quanto socialmente. O elemento pertencimento social dialoga intimamente com a dimensão cultural da ocupação lazer, com os valores, crenças e subjetividade da pessoa, grupo ou comunidade que experiencia o lazer. Assim como, também dialoga com a necessidade humana de sentir se reconhecido, valorizado, parte de algo.

Por fim, retomo que Gomes (2014) apresentou as manifestações culturais, a ludicidade, o tempo e espaço como elementos relevantes à compreensão do lazer como dimensão da cultura e necessidade humana. Observo que os terapeutas ocupacionais entrevistados também identificaram o lazer como dimensão da cultura e necessidade humana, ainda que como já discutido não de forma tão clara, ou com tensões com outros conceitos. A ludicidade embora presente, aparece na fala dos participantes não como uma linguagem, mas como um meio de se conectar e, em associação ao prazer. Essa associação, embora se remeta ao senso comum de que lazer tem prazer em si, e discutido pelas participantes como desafiante de ser vivenciado na prática vide o contexto dos usuários e o de trabalho dos profissionais.

Já o elemento tempo/espaço social que Gomes (2014) apontou como elemento importante em suas reflexões sobre o lazer, aparece nos discursos dos participantes como elemento secundário ou nem é citado. Acredito que isto se deve ao fato de que o tempo dos usuários dos CERSAMs possa ser compreendido como um tempo dividido entre o serviço, visto como tratamento, e o tempo fora do CERSAM, do qual pouco se sabe. Os motivos do não saber são justificados pela precarização do trabalho, quando os participantes dizem do processo de trabalho sobrecarregado, dificultando aprofundamentos no cotidiano dos usuários.

Penso, como Gomes (2014), que o lazer é uma dimensão da vida humana que não deveria ser segregada das outras. Dimensão que, diante do elemento “prazer”, o qual é permeado pela ludicidade, pode estar presente em conciliação com outras ocupações/necessidades. Assim, o lazer, pensando para além dos usuários do CERSAM, pode e deve fazer parte do dia a dia. Uma saída para que isso seja possível está no olhar atento para o cotidiano e suas ocupações em constante trânsito com a forma, função, significado e contextos (cultural, socioeconômico, político); suas influências; e como essas relações dinâmicas influenciam a cultura, e vice-versa.

Esta tese teve como objetivo investigar e analisar como se configura o lazer na assistência, prestada por terapeutas ocupacionais, a usuários adultos da saúde mental

atendidos nos serviços de urgência de rede de cuidados em saúde mental da rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Com certeza, os dados analisados não podem gerar conclusões passíveis de generalização. Até mesmo pelo desenho desta pesquisa, advinda de metodologia qualitativa. Mas, diante da importância de Belo Horizonte no cenário da saúde mental, especialmente a brasileira, os resultados podem apontar direcionamentos e reflexões importantes para outras equipes e gestões no território brasileiro. Assim como para países que cuidem de seus usuários da saúde mental em rede, em liberdade, no território, com equipe interdisciplinar e por vezes transdisciplinar, que tenham terapeutas ocupacionais nesta equipe, que utilizem do *recovery* associado ou não ao modelo de reabilitação psicossocial de Benedetto Saraceno e/ou que lancem mão do lazer como ferramenta terapêutica, como meio ou fim.

Os participantes da pesquisa apresentada divergem em seus entendimentos sobre o lazer, por vezes referindo se a ele em uma forma clássica e dicotômica (lazer x atividades obrigatórias) próxima a conceituação de ocupação da Ciência Ocupacional Clássica e largamente divulgada pelos instrumentos norte americanos fomentados pela Associação Americana de Terapeutas Ocupacionais. Por vezes aproximam se em reflexões, questionamentos ou posicionamentos de conceituação de ocupação humana da Ciência Ocupacional Transaccional, com a qual se faz possível conversar com a compreensão de lazer como dimensão da cultura e necessidade humana de forma mais harmônica. O lazer, dentro destas oscilações de compreensões, está presente no raciocínio clínico dos terapeutas ocupacionais de CERSAM e CERSAM ad de Belo Horizonte/ MG, sendo que a perspectiva presente é que esta ocupação é um dos pilares da profissão e que contempla a pratica da reabilitação psicossocial de Saraceno baseada na contratualidade e autonomia do usuário. Ainda que consigam ver as potencialidades do processo de trabalho horizontal e das ferramentas de cuidado, como o projeto terapêutico singular, o contexto de trabalho e de sucateamento das politicas publicas brasileiras, em especial a de saúde e de saúde mental impactam o fazer dos profissionais entrevistados, gerando precarização do trabalho e o que influencia não apenas a parte pratica do fazer laboral como também o raciocínio clínico seja este de técnico de referência ou de terapeuta ocupacional.

Acredita se que esta tese possa contribuir com terapeutas ocupacionais atuantes na saúde mental e fundamentados na reabilitação psicossocial de Saraceno, assim como em abordagens que dialoguem com ela como o *recovery* uma vez que, ao refletir sobre o lazer como ocupação transaccional, dimensão da cultura e necessidade humana ela convida o profissional a reaproximar-se dos preceitos terapêuticos ocupacionais sem, no entanto, afasta-

lo da cultura teórica-prática que norteia os serviços substitutivos: a reforma psiquiátrica e a reabilitação psicossocial. Nesse convite, o (a) profissional pode redimensionar, provocar e criar ações que enxerguem o cuidado de forma ampla, reconhecendo as potencialidades do lazer no cotidiano de seus usuários, do serviço e do (a) próprio (a) técnico de referência e/ou terapeuta ocupacional.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, D. B.; BRITO, C. M. D. Projeto brincar e contar: a Terapia Ocupacional na atenção básica em saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 3, dez. 2012.
- ALEGRÍA V. P.; GUTIÉRREZ M. P.; GÓMEZ L. S.; SOLAR D. P.; CASTILLO N. N.; VARAS R. J. Factores que Inciden en la Participación Social de los Adultos Mayores en Actividades Físicorecreativas. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 13, n. 1, p. 59-69, ago. 2013.
- ALMEIDA, D. E. R. G. *et al.* Perception of freedom in leisure among substance users and nonusers. **Psico-USF**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 13-24, mar. 2018.
DOI: doi.org/10.1590/1413-82712018230102.
- ALVARÉZ, E.; GÓMEZ, S.; MUÑOZ, I.; NAVARRETE, E.; RIVEROS, M. E.; RUEDA, L.; SALGADO, P.; SEPÚLVEDA, R.; VALDEBENITO, A. Definición y Desarrollo del Concepto de Ocupación: ensayo sobre la Experiencia de Construcción Teórica desde una Identidad Local. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 7, p. 76-82, nov. 2007.
- ALVES, Mariana Garcia de Castro. A antropofagia nos une?. São Paulo. **Ciência e Cultura**, v. 72, n. 1, p. 56-58, jan. 2020. DOI: dx.doi.org/10.21800/2317-66602020000100017.
- AMARANTE, Paulo (coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.p.13.
- AMARANTE, P. D. C. **O homem e a serpente: outras histórias e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1996. p. 142.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION [AOTA]. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3 ed. traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. esp., p. 1-49, 24 abr. 2015.
- ARÉVALO H., M.; YÁÑEZ A., J. Factores contextuales que influyen en la participación comunitaria en actividades de ocio y tiempo libre en personas en situación de discapacidad física. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 16, n. 2, p. 163-173, 2016. DOI: [10.5354/0719-5346.2016.44760](https://doi.org/10.5354/0719-5346.2016.44760).
- BACCARI, I. O. P.; CAMPOS, R. T. O.; STEFANELLO, S. Recovery: revisão sistemática de um conceito. Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 125-136, jan. 2015. DOI: doi.org/10.1590/1413-81232014201.04662013.
- BAPTISTA, J. A.; CAMATTA, M. W.; FILIPPONN, P. G.; SCHNEIDER, J. F. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. Brasília. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 2, 2020. DOI: doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508.
- BASAGLIA, F. Apresentação. In: PORTOLESE, D.A.; FIGUEIREDO, G.R. & MASCARENHAS, P. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BAURU. **Carta de Bauru – 30 anos**. 2017. Disponível em: site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf. Acesso em: 2 nov. 2018.

BISPO, A.A. **Cueca Chilena: Gênero e paradoxos na consciência da nacionalidade de expressões culturais**. Sessão do Seminário "Pesquisa da Cultura Musical na América Latina e Ciências Políticas" e extensões Coquimbo e La Serena. Trabalhos da A.B.E. In: Revista da organização de estudos culturais em contextos internacionais. 2008. s/p, s/v. Disponível em: revista.brasil-europa.eu/113/Cueca.htm. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRANDÃO, A. C. **Movimentos culturais de juventude**. 2 ed. Reformada. São Paulo: Moderna, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 14 set. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 106**, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11_FEVEREIRO-2000.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria SAS nº 396** de 07 de julho de 2005. Aprova diretrizes gerais para o Programa de Centros de Convivência e Cultura na rede de atenção em saúde mental do SUS. Disponível em: normasbrasil.com.br/norma/portaria-396-2005_192226.html. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 07 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto**

terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Série textos básicos de saúde**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada equipe referencia 2ed 2008.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf). Acesso em: 25 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. **Portaria Nº 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 14 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. **Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**, de 27 de janeiro de 2020. Disponível em: conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf. Acesso em: 26 de out. 2020.

BRASIL, **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Programa previne Brasil. Disponível em: conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf. Acesso em: 14 de nov. 2020.

BULLA, L. C.; SOARES, E. S.; KIST, R. B. B. Cidadania, pertencimento e participação social de idosos – Grupo Trocando Ideias e Matinê das Duas: Cine Comentado. **SER Social**, n. 21, p. 169-196, 14 ago. 2009. DOI: doi.org/10.26512/ser_social.v0i21.12739

CAMPOS, E. Lazer e a população LGBT em Bragança-PA. *In: BELA: Blog Estudos do Lazer*, 8 de setembro de 2020. Disponível em: estudosdolazer.wordpress.com/author/emersoncamposec/. Acesso em: 14 nov. 2020.

CAROSELLA, P. Os sonhos que eu tenho não têm limite. **ENDEAVOR BRASIL**: Day 1, 2017. (33' 07''). Disponível em: youtube.com/watch?v=Cq_OBKFS-as. Acesso em: 22 dez. 2018.

CARVALHO, C. R. A. A identidade profissional dos terapeutas ocupacionais: considerações a partir do conceito de estigma de Erving Goffman. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 364-371, jun. 2012. DOI: doi.org/10.1590/S0104-12902012000200010.

CASTRO, C. P.; RIBEIRO, E. M.; SANTOS, E. R. M.; SILVA, M. E. V.; CAMARGOS M. H.; SILVA, R. (org). **O céu encontra o mar...**: Relatos sobre a vagem dos usuários do Centro de Convivência Carlos Prates a Praia de Iriri. 2010. Belo Horizonte: Gráfica Silveira, 2010.p.80.

CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CAVALCANTE, G. M. M.; TAVARES, M. M. F.; BEZERRA, W. C. Terapia ocupacional e capitalismo: articulação histórica e conexões para a compreensão da profissão. **Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 29-33, 2020. DOI: doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i1p29-33.

CLARK F. A. The Concepts of Habit and Routine: A Preliminary Theoretical Synthesis. **The Occupational Therapy Journal of Research**. v. 20, 2000. DOI: [10.1177/15394492000200S114](https://doi.org/10.1177/15394492000200S114).

CLARK, F.; WOOD, W.; LARSON, E. A. *In*: ZEMKE & CLARK. **Occupational Science: The Evolving Discipline**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1996.

CORRADI-WEBSTER, C. M. Paradigma do Recovery como orientador de políticas e práticas em saúde mental. SMAD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 116-117, 2017. DOI: [10.11606/issn.1806-6976.v13i3p116-117](https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i3p116-117).

COSTA, E. F.; OLIVEIRA, L. S. M.; CORRÊA, V. A. C. Sobre a forma ocupacional após acidente por queimaduras. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 543-551, 2017. DOI: dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1012.

CUNHA, A. P. G.; GONTIJO, D. T. Queixas relacionadas ao desempenho ocupacional de adolescentes que vivem com HIV: subsídios para ação da Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 57-66, set. 2013.

CUTCHIN, M.; DICKIE, V. Transactionalism: Occupational science and the pragmatic attitude. *In*: WHITEFORD, G. e HOCKING, C. (Ed.). **Occupational Science: Society, Inclusion, Participation**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

BARTALOTTI, C. C.; DE CARLO, M. M. R. P. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 46.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, v. 4, n. 6, p. 69-82, 2006. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007. Acesso em: jan. 2015.

DYER, O. Covid-19: Brazil's president rallies supporters against social distancing. **BMJ**,

369, 2020.

ESP – MG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Página inicial**. Disponível em: esp.mg.gov.br. Acesso em: 1 jan. 2019.

FAZIO, L. S.; PARHAM L, D. *et al.* **A recreação na terapia ocupacional pediátrica**. trad. GIANNINI, M. de L. São Paulo: Santos, 2000. p. 267.

FARIAS, D. N.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U.; BRITO, G. E. G. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. Trabalho, **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 141-162, abr. 2018. DOI: doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098.

FLORENTINO, I. M.; CAMARGO, M. J. G. Atividades de Lazer no Contexto Hospitalar: uma Estratégia de Humanização. **Dossiê Associações e Centros de Estudos Sobre o Lazer**, parte II, v. 2, n. 2, [s.p.], maio-ago. 2015.

FOLHA, O. A. A. C.; OLIVEIRA, L. S. M.; COSTA, E. F. C., CORRÊA, A. C. V. Sobre o significado das ocupações após o acidente por queimaduras. São Carlos. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 22, n. 2, p. 305-315, 2014. DOI: doi.org/10.4322/cto.2014.052.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 14, n. 3, p. 104-109, 2003.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** [online]. 2020, v. 28, n.1, p.5-25. Epub, mar. 2020. DOI: doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao2590.

GOMES, C. L. **Dicionário Crítico do Lazer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 238.

_____. Lazer: necessidade humana e dimensão da cultura. Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**. v. 1, n. 1, p. 3-20, jan.-abr. 2014.

GOMES, C.; AMARAL, M. Teresa M. **Metodologia da pesquisa aplicada ao lazer**. Brasília: SESI/DN, 2005. Disponível em: pt.scribd.com/document/130412608/Metodologia-eBook-SESI-GOMES-Chris-2005. Acesso em: 14 nov. 2020.

GOMES, C. L.; AROSTEGUY, A. Território, Cultura e Lazer em Duas Associações Culturais de Belo Horizonte, MG: Cartografias Simbólico-Afetivas. **LICERE - Revista Do Programa De Pós-graduação Interdisciplinar Em Estudos Do Lazer**, v.23, n.1, p.1-34. 2020. DOI: doi.org/10.35699/1981-3171.2020.19467

GOMES, C. L.; ELIZALDE, R. Análise teórico-conceitual do lazer e da recreação na América Latina. *In*: GOMES, C. L.; ELIZALDE, R. **Horizontes Latino-Americanos do Lazer = Horizontes Latino-Americanos Del Ócio**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2012. Disponível em: https://grupootium.files.wordpress.com/2012/06/horiz_latino_american_lazer_junho_2012.pdf. Acesso em: jun. 2015.

GOMES, C. L.; PINTO, L. O lazer no Brasil: Analisando Práticas Culturais Cotidianas, Acadêmicas e Políticas. *In*: GOMES, C. L.; OSORTO, E.; PINTO, L.; ELIZALDE, R. **Lazer en América Latina: tiempo libre, ocio y recreación en Latinoamérica**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

GOMES, C. L.; YSAIAMA, H. F. Multiplicidade de Olhares sobre o Lazer como Direito Social. *In*: GOMES, C. L.; YSAIAMA, H. F. **O Direito Social ao Lazer no Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2015.p. 240.

GOMES, R. A análise de dados em Pesquisa Qualitativa. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 67-79.

GUEDES, B. **O sal da Terra**. São Paulo. 1985.

GUEDES, A. C.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C., OLSCHOWSKY, A.; CORTES, J. M.; CANTARELLI, K. J. Tratamento em liberdade: pontos de tensionamento e avanço no centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4 n. 1, p. 133 – 143, 2014. DOI: doi.org/10.5902/217976928931.

HALL, P. Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, sup1., 188-196, 2005. DOI: [10.1080/13561820500081745](https://doi.org/10.1080/13561820500081745)

HAMMELL, K. W. Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity. **Journal World Federation of Occupational Therapists Bulletin**, 2019. DOI: doi.org/10.1080/14473828.2018.1529480

HENDERSON, A. The Scope of Occupational Science. *In*: ZEMKE & CLARK. **Occupational Science: The Evolving Discipline**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1996. p. 419-29.

HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, fev. 2009. DOI: dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100022

IWASAKI, Y.; COYLE, C.; SHANK, J.; MESSINA, E.; PORTER, H.; SALZER, M.; BARON, D. Recovery from mental illness. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, v. 17, n. 2, p. 147-165, 2014. DOI: doi.org/10.1080/15487768.2014.909683

JARMAN, J. What is Occupation? Interdisciplinary Perspectives on Defining and Classifying Human Activity. *In*: CHRISTIANSEN, C. H.; TOWSEND, E. A. **Introduction to Occupation - the art and Science of Living: new Multidisciplinary Perspectives for Understanding Human Occupation as a Central Feature of Individual Experience and Social Organization**. 2 ed. New Jersey: Pearson, 2010, p. 81-99.

KING, A. **A necessidade básica do coração humano durante uma grande crise é uma xícara de café**. Disponível em: pensador.com/frase/NDc2MzAx/. Acesso em: 17 nov. 2020.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F.s (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9.

LAMBERT, N. M.; STILLMAN, T. F.; HICKS, J. A.; KAMBLE, S., BAUMEISTER, R. F.; FINCHAM, F. D. To Belong Is to Matter: Sense of Belonging Enhances Meaning in Life. **Personality and Social Psychology Bulletin**. v. 39, n. 11, p. 1418-1427. 2013. DOI: [10.1177/0146167213499186](https://doi.org/10.1177/0146167213499186).

LEAMY, M.; BIRD, V. J.; L. E. BOUTILLIER C.; WILLIAMS J.; SLADE M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. **British Journal of Psychiatry**, v. 199, p. 445-452, 2011.

LETTS, L., WILKINS, S., LAW, M., STEWART, D., BOSCH, J., & WESTMORLAND, M., Qualitative Review: Forms and Guidelines In: LAW, M.; MACDERMID, J. **Evidence-Based Rehabilitation: a guide to Practice**. 3e. New Jersey: Slack Incorporated Thorofare. 2014.p. 357-373.

LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial Saúde em Debate. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro**, v. 38, n. 102, jul. - set., p. 593-606, 2014, DOI: doi.org/10.5935/0103-1104.20140055.

MAIA J. T. M; LEAL L. S. Contribuições da Terapia Ocupacional através das atividades produtivas e de lazer na internação hospitalar prolongada. Rio de Janeiro. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**. v.3, n. 4, p. 602-610, 2019. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto22432>

MATTINGLY, C. A natureza narrativa do Raciocínio Cíclico. **CETO Revista**, a.10, n.10, 2007.

MARANHAO, T.; MATOS, I. B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimentos no campo da Saúde Coletiva. **Interface**, Botucatu [online]. 2018, v.22, n.64, p.55-66. Epub May 25, 2017. ISSN 1807-5762. DOI: [dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0091](https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0091).

MARCOLINO, T. Q., Reflexões sobre a investigação do raciocínio clínico em terapia ocupacional em saúde mental: o caso do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 635-642, 2014 DOI: <https://doi.org/10.4322/cto.2014.086>

MARCOLINO, T. Q. *et al.* É uma porta que se abre: reflexões sobre questões conceituais e de identidade profissional na construção do raciocínio clínico em terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 403-411, jun. 2019. DOI: doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1740.

MARQUES, A. **Centro Mineiro de Toxicomania é habilitado pelo Ministério da Saúde como Caps Ad 3**. 2018. Disponível em: saude.mg.gov.br/component/gmg/story/10820-centro-mineiro-de-toxicomania-e-habilitado-pelo-ministerio-da-saude-como-caps-ad-3#:~:text=O%20Centro%20Mineiro%20de%20Toxicomania,%E2%80%93%20Cersam%20Ad%20Centro%20DSul. Acesso em: 24 jan. 2019.

MARTINELLI, S. A. **Inclusão:** lazer e participação social sob o olhar de pessoas com deficiência mental e suas famílias. 2008. 103 e 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

MARTINELLI, S. A. A importância das atividades de Lazer na Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 19, n.1, 111, jan. - abr. 2011.

MAX-NEEF, M.; ELIZALDE, A.; HOPENHAYN, M. Desarrollo a escala humana Opciones para el futuro. Biblioteca CF+S Madrid. março de 2010. Disponível em: habitat.aq.upm.es/deh/adeh.pdf. Acesso em: 04 jan. 2020.

MEDEIROS, E. S. Necropolítica tropical em tempos pró-Bolsonaro: desafios contemporâneos de combate aos crimes de ódio LGBTfóbicos. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. n. 13, v. 2, p. 287-300. abr. - jun. 2019. DOI: doi.org/10.29397/reciis.v13i2.1728.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia ocupacional:** um enfoque epistemológico e social. São Carlos. EdUFSCar, 2010.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. *In*: PEREIRA, I.; LIMA, J. C. F. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 278 a 284. Disponível em: epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf. Acesso em: 14 nov. 2020.

MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA. (2015). Recovery Guidelines Ottawa, ON. Disponível em: mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_ENG_0.pdf. Acesso em: 15 nov. 2020

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental - linha guia**. Belo Horizonte: [s.n.], 2006, p. 238. Disponível em: nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Aten%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20mental%20-%20linha%20guia/1030. Acesso em: 20 out. 2020.

MINAYO, M. C. S. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da Pesquisa Social. *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-30.

MINAYO, M. C. S. Amostragem E Saturação Em Pesquisa Qualitativa: Consensos E Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v.5 n.7. p.1-12 2017. Disponível em: editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82. Acesso em: jan. 2020.

MONTREZOR, J. B. A Terapia Ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v.21, n. 3, 2013. DOI: doi.org/10.4322/cto.2013.055

MORRISON, R. **Terapia Ocupacional y Pragmatismo. Contribuciones teóricas para la práctica**. Santiago, Chile: Editorial Universitaria, 2017.

MOTIZUKI, C. S.; MARIOTTI, M. C. Percepções de indivíduos com transtornos mentais e familiares sobre o desempenho ocupacional: contribuições da terapia ocupacional. **Revista de Terapia ocupacional**. n. 25, v. 2, mai. - ago. 2014, p. 100-110.

NAVARRETE, S. E. Ciencia de la Ocupación: Caminos y Perspectivas. **TOG**. A Coruña., v. 7, supl. 6, p. 132-143, 2010. Disponível em: revistatog.com/suple/num6/erna.pdf. Acesso em: 10 nov. 2018.

NICO, L. S.; BOCCHI, S. C. M.; RUIZ, T.; MOREIRA, R. S. A Grounded Theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 3, n. 12, p. 789-797, jun. 2007. DOI: doi.org/10.1590/S1413-81232007000300029

OLIVER F. C.; SOUTO A. C. F.; NICOLAU S. M. Terapia Ocupacional em 2019: 50 anos de regulamentação profissional no Brasil. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional** Rio de Janeiro, v.2, n. 2, p. 244-256, 2018.

OLIVEIRA, C. L. “Basaglia” e a prática reabilitativa no Centro de Convivência. 143 f. Dissertação de mestrado - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. 2016.

OMS/OPAS. **Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF)**. São Paulo: EDUSP, 2003.

[PÁEZ](#), F. **Yo Vengo Ofrecer Mi corazón**. 1984. Argentina: Giros. EMI

PBH. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Arte na Saúde**. Disponível em: prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria/arte-na-saude. Acesso em: 10 dez. 2018.

PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? *In*: PITTA, A. M. F (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Pinel –A Mania, o Tratamento Moral e os Inícios da Psiquiatria Contemporânea. **Revista Latino-americana Psicopatologia Fundamental** VII, 3, p. 113-116, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004003011>

PHELAN, S.; KINSELLA, E. A. Occupational identity: Engaging socio-cultural perspectives. **Journal of Occupational Science**, v. 16, n. 2, p. 85-91, 2009. DOI: 10.1080/14427591.2009.9686647

PORTOLESE, D. A.; FIGUEIREDO, G. R.; MASCARENHAS, P. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. 2 ed. São Paulo: Ed. Brasil Debates.

QUEIROZ, A. G. **El ocio y la Terapia Ocupacional**. Disponível em: instagram.com/p/CC12EeKj1Xt/. Acesso em: 07 set. 2020.

_____. **Não tô boa. Preciso passear!:** o lazer de moradores de dois serviços residenciais terapêuticos de Belo Horizonte. [manuscrito] / Adriana Gonçalves Queiroz – 2015. 138f., enc.: il. Orientador: Ana Cláudia Porfírio Couto Mestrado (dissertação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Bibliografia: f. 131-136. Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares do Lazer.

QUEIROZ, A. G.; BARRETO, L.C.S.; FROIS, R. O turismo na construção do cotidiano no cuidado em saúde mental: Relato de experiência com pacientes em Belo Horizonte – Brasil. 37 *In*: ALVES, K.S. (Org) **Diálogos Sociais em Turismo: Elementos Hegemônicos e Contra Hegemônicos**. 1 ed. Belo Horizonte. Editora Dialética, 2020. p. 380.

QUEIROZ, A. G.; COUTO, A. C. P.; BARRETO, L. C. S.; BRITO, C. M. D. Expresión de la sexualidad de una habitante de una residencia terapéutica como ocio: encuentros entre Elias y Dunning y la Terapia Ocupacional. **Revista Ocupación Humana**, v. 20, n. 1, p. 106-117, 21 sep. 2020.

QUEIROZ, A. G.; DASHBIRE, L.; SMITH, J; GALAN, A.C.; MISHE-LAWSON, L. **Leisure in Mental Health Occupational Therapy interventions**. BJOT. No prelo.

RAMUGONDO, E. L. Occupational Consciousness. **Journal of occupational science**, v. 22, n.4, p. 488–501, 2015. DOI: doi.org/10.1080/14427591.2015.1042516.

REED, K. L.; ANDERSEN, L. T. **The History of Occupational Therapy: The First Century**. New Jersey: SLACK Incorporated. 2018.

ROTELLI, F. A instituição inventada. *In*: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.p. 89-100.

SAITO, C. M. **Atividades de lazer:** tessitura de espaços para alteridade. Dissertação de mestrado. Programa de Ciências da Reabilitação. Área de concentração: Movimento, Postura e Ação Humana. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-273, 2013.DOI: 10.4322/cto.2013.028

SALLES, M. M.; BARROS, S. Exclusão/inclusão social de usuários de um centro de atenção psicossocial na vida cotidiana. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 704-712, set. 2013. DOI: doi.org/10.1590/S0104-07072013000300017.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. O uso dos conceitos de ocupação e atividade na Terapia Ocupacional: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 801-810, 2016. DOI: [10.4322/0104-4931.ctoAR0525](https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0525).

SAMPAIO, J. R. O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. **Revista de Administração - RAUSP**, v. 44, n.1, p. 5-16, enero-marzo, 2009, Universidade de São Paulo São Paulo, Brasil.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 79, p. 71-94, nov. 2007. DOI: [10.1590/S0101-33002007000300004](https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004).

SANTOS, Y. L. Q. **O trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**: reflexões sobre o trabalho na saúde pública. Ribeirão Preto. f. 194. ; Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia, 2017.

SANTOS, W. N. **O trabalho do técnico de referência a partir do técnico de referência**. Belo Horizonte. 126 f. Orientadora: Ilka Franco Ferrari Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

SCARCELLI, I. R. (org.) **Entre o hospício e a Cidade**: dilemas no Campo da Saúde Mental. São Paulo: Zagodoni, 2011. 192p

SEGAL, R. Family Routines and Rituals: A Context for Occupational Therapy Interventions. **American Journal of Occupational Therapy**, September/October 2004, v. 58, p. 499-508. DOI: doi.org/10.5014/ajot.58.5.499.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; COSTA-ROSA, A. From Moral Treatment to the Psychosocial Care: occupational Therapy in the Aftermath of Brazilian Psychiatric Reform. **Botucatu. Interface**. v. 21, n. 63, p. 845-56, 2017.

SILVA, A. B.; PINHO, L. B. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. Rio de Janeiro. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 23, n. 3, p. 420-4, mai. - jun. 2015. DOI: [10.12957/reuerj.2015.10091](https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091).

SILVA, C.; CARDINALLI, I.; SANCHES S., M.; ZACCHI FARIAS, A., DA SILVA; A., AMBRÓSIO, L.; TALIANE O. M.; PAULA, B. La terapia ocupacional y la cultura: miradas a la transformación social. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 17, n.1, p. 105-113, 2017. DOI: [10.5354/0719-5346.2017.46383](https://doi.org/10.5354/0719-5346.2017.46383)

SILVA, R.; ABOU-YD, M. N. Hospitalidade Noturna na saúde mental: a nossa luta e por delicadeza. In: MAGALHÃES JUNIOR, H. M. M. (org). **Desafios e Inovações na Gestados do SUS em Belo Horizonte**: a experiencia de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. p. 477- 498.

SILVA, T. G. P. **A influência dos papéis ocupacionais na qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. DOI: [10.11606/D.17.2011.tde-15082011-125119](https://doi.org/10.11606/D.17.2011.tde-15082011-125119).

SILVA, T. R.; MARIOTTI, M. C.; BRIDI, A. Aprendendo a lidar com as mudanças de rotina devido ao Covid-19: orientações práticas para rotinas saudáveis. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro. suplemento, v.4, n. 3, p. 519-528, 2020.

SOARES, T. B. L. História da Terapia Ocupacional. *In*: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2007.p. 3-9.

SOARES, T. B. L. **Terapia Ocupacional - Lógica do Capital ou do Trabalho?: Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980**. São Paulo: HUCITEC, 1991. Disponível em: passeidireto.com/arquivo/24372505/lea-beatriz-teixeira-soares-terapia-ocupacional. Acesso em: 15 nov. 2018.

SOLARI, I. **La historia desconocida entre Fito Paez, el Indio Solari lo y la canción "Yo vengo a ofrecer mi corazón**. 3 de Marco de 2019. Disponível em: eldestapeweb.com/nota/la-historia-desconocida-entre-fito-paez-el-indio-solari-lo-y-la-cancion-yo-vengo-a-ofrecer-mi-corazon--2019-3-3-16-2-0. Acesso em: 14 nov. 2020.

STEBBINS R. A. Right leisure: serious, casual, or project-based?. **NeuroRehabilitation**, v. 23, n. 4, p. 335-341, 2008. Disponível em: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18820398/. Acesso em: 10 nov. 2020.

TAVARES, R. C. O sentimento de pertencimento social como um direito básico e universal. **Caderno de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**. Florianópolis, Santa Catarina. v. 15, n. 106, p. 179-201 – jan./jun. 2014. ISSN 1984-8951DOI: doi.org/10.5007/1984-8951.2014v15n106p179

UNRUH, A. M. Reflections on: “So... What Do You Do?” Occupation and the Construction of Identity. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 71, n. 5, p.m 290 – 295, 2004. DOI: doi.org/10.1177/000841740407100508.

UNIVERSIDADE FEDERAL de MINAS GERAIS. **Projeto pedagógico do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2008. 2020. Disponível em: <http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/DATA/UserFiles/files/Projeto%20Pedag%C3%B3gico%20do%20Curso%20TO%20UFMG.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2020.

VICTORA, C.; KNAUTH, D.; HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde. Uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. 22 July of 1946. Disponível em: apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1. Acesso em: 14 nov. 2020.

WORLD ASSOCIATION OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION. **About us**. Disponível em: wapr.org/about-us/. Acesso em: 15 de nov. 2020

ZEMKE & CLARK. **Occupational Science: The Evolving Discipline**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 1996.

ANEXOS

Anexo A - Guia de entrevista semiestruturada

- Nome: _____
- Idade: _____
- Trabalhador (a) de CERSAM/CERSAMAD Equipe de Saúde Mental - Atenção Primária: _____
- Formou-se em: ___/___/____, na instituição: _____
- Possui especialização, mestrado ou doutorado? Se sim, em que área? Quando realizou esse curso? (apenas o ano) _____
- Há quanto tempo trabalha na com saúde mental (independente se atuou em BH ou não)?
Cite os locais em que trabalhou como terapeuta ocupacional.

- Quais são os locais nos quais trabalhou como terapeuta ocupacional no campo da saúde mental?

- O que você compreende como lazer?

- Você observa relações entre os campos de conhecimento: Lazer, Saúde Mental e Terapia Ocupacional?

- Na sua opinião, quais das relações existentes podem ser incluídas em seu raciocínio

clínico? Como?

- Em seu trabalho cotidiano como profissional, você preconiza e trabalha na interface entre Lazer, Saúde Mental e Terapia Ocupacional? De que maneira?

- Como o lazer se inclui no cotidiano dos usuários que você atende? Como o lazer pode ser incluído na assistência terapêutica ocupacional?

- Quais os desafios para que o lazer seja incluído na assistência terapêutica ocupacional?

- Por que o lazer estaria na assistência terapêutica ocupacional?

- O que você já estudou sobre lazer?

- Você tem lazer? E qual é?

-
- Esta pesquisa abre a oportunidade de continuidade em encontro com outros participantes em grupo(s) focal(is). Você tem interesse? Se sim, qual a sua disponibilidade para tal?

Anexo B – Dicionário dos Temas e Categorias

As categorias são apresentadas à frente dos numerais. Elas somam treze. Abaixo, em listagem, estão as unidades de sentido utilizadas para a construção das categorias. Algumas categorias também possuem um breve esclarecimento consensuado entre as terapeutas ocupacionais que criaram o dicionário. As categorias foram reunidas em três temas, como se vê no quadro, no fim deste anexo.

CATEGORIAS:

1) Conceituações de lazer:

Falas que abordam como o participante pensa o lazer, o descreve, o conceitua. Em geral, aborda-se o lazer:

- Como dimensão da vida humana;
- Como dimensão (parte) das atividades humanas;
- Como terapêutico;
- Conceituado a partir da subjetividade;
- Em oposição à atividade obrigatória ou rotineira;
- Como algo prazeroso;
- Como atividade humana (inteira em si mesma);
- Conceituações com adjetivos.

Essa categoria também abarca conceituações que expressam:

- Limites do conceito;
- Ócio como lazer;
- Reflexões dos profissionais de construção, desconstrução, reconstrução sobre o conceito de lazer.

2) Aprendizado sobre lazer:

Aprendizado acadêmico ou por vivência que o profissional tenha tido que enriqueceu seu conhecimento ou que o fez questionar sobre o tema. Abarca:

- Estudos sobre lazer;
- Esforço do profissional em estudar o lazer;
- Aprendizado sobre lazer;
- Influência de estudar o lazer na vida diária e na atuação do profissional;
- Aprendizado sobre o lazer em outras disciplinas;
- Aprendizado sobre o lazer por vivências.

3) Relação saúde mental, lazer e terapia ocupacional:

Esta categoria pode se assemelhar ao raciocínio clínico, mas o foco aqui é a relação, as interações, como uma variável influencia a outra como conceito, disciplina, área de atuação. Não há um raciocínio de intervenção, mas de compreensão dessa interação.

- Relação lazer e Terapia Ocupacional: atividade humana;
- Relação Terapia Ocupacional e lazer;
- Relação saúde mental, lazer e Terapia Ocupacional;
- Relação Terapia Ocupacional e Ciência da Ocupação;
- Compreensão Terapia Ocupacional e saúde mental, inclusive na formação;
- Compreensão da presença ou ausência da relação ou de elementos da relação (saúde mental, lazer, e Terapia Ocupacional);
- Relação fomentada por quem?

4) Raciocínio clínico:

Nesta categoria, o foco é o processo de pensamento do profissional. Quais os passos para sua intervenção, como intervêm, o que se espera. Envolve desde a avaliação (contexto, pessoa, recursos) até o desfecho da intervenção, ou não. Pode fazer interrelações com a saúde mental e o lazer, mas essas interrelações fazem parte de um raciocínio elaborado (avaliação, hipóteses, conduta, *follow up*).

- Raciocínio clínico;
- Raciocínio clínico e lazer;
- Avaliação do lazer na percepção do profissional;
- Raciocínio clínico e o contexto institucional e ou político (como atravessam o raciocínio, como o raciocínio se faz, apesar dos contextos ou com os contextos);
- Educação continuada (forma de apoiar e aprimorar o raciocínio clínico, reflexões sobre o fazer profissional);
- Raciocínio clínico baseado nos novos paradigmas de cuidado (reforma psiquiátrica, *recovery*, por exemplo).

5) Identidade profissional:

O foco nesta categoria é o que o profissional fala de sua atuação como terapeuta ocupacional, como se identifica como tal e o que acredita que seus colegas de trabalho e instituição demonstram como percepção do seu trabalho e papel na instituição e para com o tratamento dos usuários. Pode parecer com raciocínio profissional, mas é bem marcado o direcionamento para o profissional e não para o seu processo clínico.

- Identidade profissional;
- Percepção dos colegas sobre o trabalho do terapeuta ocupacional;
- A educação continuada fortalecendo sua identidade como terapeuta ocupacional;
- Como se identifica, como se percebe e como se constitui terapeuta ocupacional.

6) Lazer e a instituição:

Extremamente marcante nesta categoria é a presença da instituição, seja como influenciadora, positiva ou negativamente, ou como influenciada pelo lazer, vivenciado ou não.

- Lazer institucional;

- Lazer como quebra da rotina institucional;
- Lazer e as atividades do “fora” (fora do ambiente institucional ou o papel das atividades fora desse ambiente), mas proporcionados pela instituição;
- Lazer dentro da instituição;
- Reflexões a respeito do aumento de atividades de lazer, proporcionadas pelo serviço e a redução de tempo dos usuários deste;
- Reflexões a respeito das ações proporcionadas pelo serviço na vida do usuário;
- Lazer e o serviço (CERSAM) (as relações entre eles);
- Opções de lazer para os pacientes da saúde mental (proporcionadas pelo serviço);
- Lazer e a instituição (relações, percepções, importâncias);
- Lazer dentro das regras institucionais;
- As relações da arte e a Terapia Ocupacional: como recurso dentro da instituição;
- Como terapeutas ocupacionais que são artistas ou se conectam com a arte se relacionam com o lazer em seu fazer profissional.

7) Lazer e/na rede ampliada:

Falas que englobam o lazer dos ou para os usuários em ambientes fora da instituição, que mostram uma rede de cuidado, como o Centro de Convivência. Também inclui a rede ampliada: parques, serviços, família, amigos etc. O foco é na presença da rede nas ações ou construções com o lazer.

- lazer no contexto familiar;
- lazer e a rede (saúde mental, educação, de assistência social, cultural etc.);
- Lazer na rede (saúde mental, educação, de assistência social, cultural etc.);
- Oferta de serviços de lazer (comunidade etc.).

8) Lazer no cotidiano dos usuários:

O lazer dos usuários prevê ou não sua autonomia em desfrutá-lo ou agir sobre e com ele. Há aqui uma busca do próprio usuário por este lazer. Ele não é dado nem fornecido por

instituição ou pessoa, embora ele possa ser uma ampliação de algo vivido nestes contextos. Além disso, esta categoria entende cotidiano como diferente de rotina. Assim, pode não haver padrão nas ações, mas sim presença da subjetividade, desejo, vontade e autonomia do usuário.

- Lazer dos usuários;
- Lazer dos usuários fora da instituição;
- Dificuldades de lazer por vulnerabilidade social dos usuários;
- Percepção do conceito de lazer do profissional, influenciando o que é lazer do usuário;
- Os efeitos das atividades de lazer para os usuários do retorno;
- Oferta de serviços de lazer (comunidade etc.) e o seu uso pelos usuários;
- Lazer na vida pessoal do usuário.

9) Paradigmas de cuidado:

Abarca falas que contenham um ou mais desses elementos:

- Compreensão dos profissionais sobre a loucura e o ser/estar louco;
- Lazer e direitos humanos;
- Lazer relacionado à cidadania, direito, responsabilidade social;
- Lazer, Terapia Ocupacional e direitos humanos;
- Lazer como direito;
- Lazer como ferramenta de direitos humanos que é terapêutica;
- Relação assistência na saúde mental e Direitos Humanos;
- História da saúde mental;
- Reflexões sobre o papel dos serviços na reforma e contexto belo-horizontino;
- *Recovery*;
- A corresponsabilidade do cuidado.

10) Processo de trabalho e/ou precarização:

Há nesta categoria um questionamento do fazer e da rotina dos profissionais e do lazer neste cotidiano. Um interesse quanto à via do processo de trabalho e/ou da precarização deste no fazer terapêutico ocupacional e deste fazer coligado com a ocupação lazer.

- Processo de trabalho;
- Precarização do trabalho;
- Questionamento sobre o processo de trabalho (ou precarização)

11) Inclusão do lazer na assistência:

Abarca um ou mais desses elementos:

- Motivo para incluir o lazer;
- Como incluir o lazer na assistência;
- Como está inclusa na assistência;
- Como está inclusa na assistência da TO.

12) Desafios de inclusão do lazer na assistência:

Motivos pelo quais o lazer não tem sido incluído ou são apresentadas dificuldades para que ele seja incluso na assistência da terapia ocupacional, na saúde mental ou na saúde mental em geral. Exemplos claros de como são desafios.

- Podem abarcar, claramente, causa e efeito: por causa de X, Y não acontece;
- Processo de trabalho/ precarização do trabalho como desafio para a inclusão do lazer na assistência;
- Desafios de incluir na assistência;
- Sugestões de como lidar com os desafios para a inclusão do lazer na assistência;
- A dificuldade de compreensão da sociedade (usuários, terapeutas, família etc.) sobre a importância do lazer (estigmas, construções sobre o conceito de produtividade etc.).

13) Lazer do profissional:

A voz do profissional e suas reflexões sobre seu próprio lazer.

- Lazer (es) da profissional;
- Dificuldade de incluir o lazer na vida do profissional;
- A influência do lazer do profissional na sua atuação profissional;

As categorias acima foram discutidas em forma de texto conectado nos temas abaixo:

Compreendendo o lazer	Lazer no Cotidiano	Temas Transversais
Conceituação do lazer	Lazer e a Instituição	Reabilitação Psicossocial
Aprendizado sobre lazer	Lazer no Cotidiano dos Usuários	Relação Lazer, Saúde Mental e Terapia Ocupacional
	Raciocínio Clínico	Lazer na Rede Ampliada
	Lazer (es) do profissional	Identidade Profissional
	Inclusão na Assistência	
	Desafio de Inclusão na Assistência	
	Processo de trabalho e precarização	
	Arte e Terapia Ocupacional	