

Revista do

C.E.T.O.

Centro de Estudos de Terapia Ocupacional

Ano 4 - Número 4 - 1999

C.E.T.O. - Centro de Estudos de Terapia Ocupacional

Rua Fradique Coutinho, 1945 - Sala 1 - Vila Madalena

CEP 05416-012 - São Paulo, SP

Telefone/Fax: (11) 813-2131 e (11) 813-2426

Revista do C.E.T.O.

Ano 4 - Nº 4
Setembro de 1999

C.E.T.O.

Centro de Estudos
de Terapia Ocupacional

Diretora

Sonia Ferrari

Coordenadora Técnica

Solange Tedesco

Editora

Jô Benetton

Conselho Editorial*

Solange Tedesco
Sonia Ferrari
Viviane Maximino
Péssia G. Meyerhof
Luiz Gonzaga Pereira Leal
Lilian Magalhães
Cecília Cruz Villares

* O conselho editorial da Revista do CETO é composto a cada edição.

Editoração eletrônica

Iara Espósito

Responsabilidade Editorial

Novo Século Assessoria
Gráfica e de Produção S/C
LTDA.

A Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional - CETO, é uma publicação anual que prioriza o estudo, a pesquisa e o debate a partir da prática clínica. Os artigos publicados na revista do CETO são de responsabilidade dos autores que assinam e não expressam, necessariamente, a opinião da revista. Correspondências para CETO - Rua Fradique Coutinho, 1945 - Sala 1 - Vila Madalena - CEP 05416-012 - São Paulo, SP. Para receber a Revista, envie juntamente com seus dados, cheque nominal e cruzado em nome do CETO - Centro de Estudos de Terapia Ocupacional no valor total do pedido ou comprovante de depósito bancário por fax ou carta: Banco Itaú, Agência 0775, Conta número 04920-8. Preço do exemplar: R\$ 10,00. Telefone/Fax: (11) 813-2131 e (11) 813-2426.

Editorial

Será que podemos falar de maturidade aos quarenta? Para o homem talvez, para uma profissão, com certeza não. Dos quarenta de Terapia Ocupacional, trinta e dois foram por mim partilhados. Na comparação – ela é nova e eu sou velha. Tão nova que ainda engatinha, felizmente com pernas e bracinhos fortes e bem desenvolvidos para um futuro andar galhardo. Essa natureza, com uma certa robustez, mas, com muito mais da delicadeza feminina é filha da maturidade de seus autores. Eles estão em parte aqui e nos mostram que a menina além de bem tratada, tem futuro...

Lilian Magalhães nos abre a dor, que do outro partilhamos e que Sonia Ferrari contorna com um novo formato de trilha ética-estética, para solucioná-la. O lugar e o tempo dos nossos procedimentos têm versos e prosa de Luiz Gonzaga. Ele redundante “fazer-poesia”, localizando e datando as técnicas da subjetividade. Jobin põe em vitrine as atividades. Trata-as como deve ser tratado o instrumento valioso, fazendo-o afinado e capaz de provocar arrepios nos agudos e nos graves. E por fim Cecília Villares amplia o campo de intervenção da Terapia Ocupacional com suas lentes sistêmicas, nos contando de uma prática totalmente comprometida com o social. Esses cinco ases são acompanhados, e, muito bem acompanhados por uma jovem que acaba de se tornar especialista, Silvia Helena, que nos mostra como acontecem “atividades com vida”.

A Revista do CETO quer sempre, como acontece neste número, estabelecer o novo historicamente sustentado como seu caminho editorial. Por isso, em nome de Solange Tedesco e Sonia Ferrari, apresento as novas professoras Cecília Villares e Viviane Maximino. Esta, clínica-pesquisadora, que maturando a doce robustez feminina, preside o VI Congresso de Terapia Ocupacional, que acontece no Estado de São Paulo, quando o primeiro curso faz quarenta anos. Esperamos que a festa dos quarenta seja a de passagem, de trilhas para auto-estradas do conhecimento em terapia ocupacional.

Jô Benetton

Editorial	1
<i>Trabalho e saúde no próximo milênio: reflexões a partir das lesões por esforços repetitivos</i>	
Lilian Vieira Magalhães	2
<i>Terapia Ocupacional espaço da narrativa entre forma e imagem</i>	
Sonia Maria Leonardi Ferrari	6
<i>Indagações sobre a concepção de cenário em Terapia Ocupacional</i>	
Luiz Gonzaga Pereira Leal	11
<i>Da atividade, o que pode ainda ser dito</i>	
Jean-Guy Jobin, M.Sc.	17
<i>Reabilitação psicossocial: O olhar de uma terapeuta ocupacional usando lentes sistêmicas</i>	
Cecília Cruz Villares	27
<i>O exercício da clínica da Terapia Ocupacional na especialização profissional</i>	
Silvia Helena dos Santos	33

Trabalho e saúde no próximo milênio: reflexões a partir das lesões por esforços repetitivos¹

Autora

Lilian Vieira Magalhães

Terapeuta Ocupacional, professora titular de Saúde do trabalhador, PUC-Campinas

Endereço

Rua Marechal Cordeiro de Farias, 52 Campinas/S.P. - CEP 13085-811

Resumo

O artigo aborda as principais tendências do mundo do trabalho na atualidade, assinalando convergências entre os modos de trabalhar e os modos de adoecer. Aponta ainda a “neutralidade” da ciência com relação aos aspectos considerados na causalidade das enfermidades, focalizando algumas armadilhas metodológicas e técnicas que os terapeutas ocupacionais precisam evitar.

Palavras-chave

Lesões por Esforços Repetitivos, representações, trabalhadores

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Outono, 1999

Dona Elvira² tira da bolsa um enorme pacote e o entrega a mim:

“Eu trouxe os exames que comprovam, se a senhora quiser ver...tem os laudos, a eletroneuro...”

Eu leio atentamente os exames e penso: a quem nós estamos tentando enganar?

Dona Elvira, 50 anos, auxiliar de enfermagem com 20 anos de serviço, há dois anos recebeu o diagnóstico de Lesão por Esforços Repetitivos. Estou fazendo uma investigação que objetiva esclarecer as dificuldades enfrentadas pelos portadores de LER, bem como localizar divergências nas representações de médicos e pacientes acerca dessa enfermidade. Dona Elvira

freqüenta as sessões do grupo de Terapia Ocupacional da PUC-CAMPINAS³ e aceitou, com entusiasmo, participar do projeto de pesquisa⁴.

“Até dois anos atrás, quando eu descobri que eu tinha LER, eu tive tudo, eu era demente, preguiçosa, vadia, eu era difícil, caráter difícil, eu era paciente que necessitava apoio psicológico, só que psicóloga não tira dor, psiquiatra não tira a dor, sabe? Então eu agora sei que eu sou portadora de LER do 4º grau e estou com degeneração cervical.”

Dona Elvira aqui relata o preço que teve de pagar por ser vítima de uma enfermidade pouco conhecida e ainda plena de preconceitos. As LER (Lesões por Esforços Repetitivos) abrangem um conjunto de afeções musculoesqueléticas de origem ocupacional que desde 1986 são oficialmente reconhecidas no Brasil. Essas lesões, que podem acometer as partes moles do sistema osteomuscular do corpo, são conhecidas há muito tempo⁵, porém tiveram um espantoso crescimento há cerca de trinta anos. No Japão, o esforço do pós-guerra testemunhou uma infinidade de casos de dores musculares e outros sintomas que eles denominaram *distúrbio cervico-braquial ocupacional*. Nos anos 80, a Austrália protagonizou uma rumorosa batalha judicial entre empresários, previdência e trabalhadores acometidos da chamada síndrome de sobreuso (OOS), que ficou internacionalmente conhecida como sendo *“a mais longa epidemia de doença ocupacional do século XX”*⁶.

No Brasil, desde 1982, membros da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) do Centro de Processamento de Dados de um grande banco denunciaram uma grande incidência de trabalhadores que apresentavam os braços engessados, questionando a relação entre a digitação em computadores e a ocorrência desse fenômeno⁷. Alguns anos mais tarde, o Ministério da Previdência e Assistência Social reconheceria a

tenossinovite do digitador⁸, que mais tarde receberia a denominação geral de LER⁹ e seria relacionada também a outros postos de trabalho¹⁰. Essas medidas, além de reconhecerem o nexu ocupacional dessas afecções, também acarretaram a proposição de uma política nacional de prevenção através da NR 17, a norma regulamentadora que prevê a vigilância sobre aspectos ergonômicos do trabalho.

Pois bem, o que poderia explicar então que tantos anos depois, a nossa Dona Elvira pudesse enfrentar tantas dificuldades para ver respeitadas suas queixas?

A quem nós estamos tentando enganar?

O sonho de uma vida segura e tranqüila, um trabalho limpo e saudável, projetado por aqueles que acreditaram cegamente no progresso da ciência e nas maravilhas da tecnologia, trouxe alguns dissabores aos otimistas da primeira metade do século. Ademais, a história da medicina abriga numerosos exemplos de dificuldades no reconhecimento de agravos à saúde provocados pelo processo de trabalho. A soma desses fatores é um fermento ideal para a intolerância. Os portadores de LER, via de regra, são tratados com descaso e descrédito, às vezes até com truculência:

“Eu já tinha crises horríveis, do pessoal ter que me levar no pronto socorro e a família às vezes levava assim com tanta má-vontade, né, na última vez mesmo que eu tive, deixou no pronto-socorro e saíram, terminei, tomei injeção, fiquei no repouso lá, veio fez outra injeção em mim, depois de quase uma hora lá que minha filha chegou, e aí, tá tudo bem com você ?”

Assim, é emblemático que ao fim do século de maior avanço técnico já experimentado, uma enfermidade de lenta progressão, não transmissível, e de fácil diagnóstico e prevenção possa fazer tantas vítimas, trazendo enorme sofrimento e humilhação aos portadores e onerando os sistemas previdenciários e de saúde.

De um modo geral, a caracterização do cenário econômico e político das relações de trabalho nesse fim de milênio já está devidamente detalhada, e de modo surpreendente, há uma incômoda convergência dos intelectuais ao assinalar a crescente redução de postos de trabalho e a redução dos níveis de representatividade coletiva, além da extinção da maioria dos benefícios e conquistas trabalhistas do pós-guerra (precarização dos contratos). Ao lado desses condicionantes, temos a redução dos programas de investimento na qualificação da força de trabalho, a demissão em massa daqueles considerados pouco adequados (notadamente os menos escolarizados e os mais velhos) e dos ativistas e líderes operários (Leite, 1994: 577-9).

De fato, a expansão de um modelo de desenvolvimento apoiado na internacionalização dos mercados (chamado de modo genérico e inocente de globalização), vem provocando efeitos nocivos nos modos de gerenciar e incrementar a produção. Seu principal resultado é uma importante aceleração nos modos de produzir em todos os setores, além da intensificação da competição e da instabilidade. Há uma óbvia e imediata relação entre estes fatores e a qualidade de vida e os indicadores de saúde dos trabalhadores e, a despeito de inegáveis avanços técnicos na prevenção de acidentes e doenças do trabalho, a explosão de enfermidades difusas e de difícil controle a partir dos paradigmas tradicionais vem marcando de maneira trágica o cotidiano daqueles que atuam na chamada área de saúde do trabalhador.

O principal exemplo a ser dado é o da *síndrome da morte súbita por excesso de trabalho* (SUDDEN), fenômeno que vem sendo observado nos países asiáticos e que no Japão recebe o nome de *karoshi*¹¹. Trata-se de um óbito súbito, em geral no próprio posto de trabalho, que ainda não tem suas causas completamente esclarecidas. A única ocorrência comum aos casos é o fato de que todas as vítimas haviam trabalhado por, no mínimo,

dezoito horas seguidas nos dias anteriores e apresentam sempre uma intensa congestão sanguínea torácica. Na fala simples dos nossos sábios trabalhadores, eles diriam que esses colegas asiáticos tinham o peito pesado, como se fosse explodir.

Estes aspectos, associados à deterioração do modo de vida próprio das grandes cidades, vem também acarretando o crescimento das chamadas doenças de adaptação, que sinalizam um decréscimo da qualidade do viver, mas, sobretudo, induzem a uma reflexão aprofundada sobre os projetos coletivos que temos para nós e para os que vêm depois de nós.

A quem nós estamos querendo enganar?

“Em 87 eu fui com o psiquiatra, né, porque achavam que era coisa que eu inventava, porque eu não tenho lesão externa, pra mostrar, eu tinha só uma cor diferente na mão, no braço, mas ninguém sabia o que era, então taxar a pessoa era mais fácil do que cuidar, né, então eu fui pro psiquiatra, fiz um monte de fisio... esses últimos anos eu vivo em fisioterapia.

Então eu já tenho movimento no braço, não tô com coordenação inteira, mas nesses dez anos eu faço fisioterapia direto. Se a UNIMED não cobre, eu pago. Pra eu não ficar... porque eu percebia que eu perdia, sabe, que o meu braço cansava e eu perdia...”

Ao associar sintomas difusos e sinais inconclusivos, as LER se enquadram naquilo que Minayo (1992: 190) chamou de doença-metáfora, ou seja, que “são despidas de seu caráter social e transformadas em culpa”. Em realidade, as LER colocam em cheque um conjunto de conquistas que eram consideradas irreversíveis e que agora parecem débeis e improváveis. O mito criado em torno dos ambientes de trabalho asceticamente decorados, a ilusão da hiperqualificação profissional dos usuários de computadores e outras ferramentas informatizadas, a dissimulação da introdução

irresponsável de novas tecnologias de produção e controle gerencial, e, sobretudo, a fantasia de uma medicina poderosa e infalível:

“Aí o Dr. falou, olha o primeiro exame que eu quero de você, além das radiografias, eu quero uma eletroneuromiografia, quero um exame de sangue, quero isso tudo, fiz tudo, potássio, mandou que eu procurasse o gineco pra fazer o hormônio, eu fiz...cálcio, tudo, a dosagem de tudo eu fiz...”

Ele falou, não, a senhora tem realmente uma degeneração bastante grande cervical, mas a senhora tem uma tenossinovite muito grande que tá pegando, isso que a senhora tem na sua perna, de não sentir os dedos, é da tenossinovite que já chegou até lá. Mas essa dor de estômago, a senhora joga esses Milanta Plus, esses ANTAK qualquer coisa que a senhora tem fora, a senhora não tem doença no estômago... Eu tinha operado a vesícula para tirar a dor, eu tinha um horror de dor, eu fiz até isso, operei tudo o que eu tinha direito, até a vesícula. Aí ele disse, não filha, a gente vai ... primeira coisa: repouso, segunda coisa : repouso, terceira coisa: mais repouso. E você vai fazer relaxamento, você vai fazer fisioterapia... Então no ano passado eu fiz fisioterapia de fevereiro a novembro. Eu descansei dezembro e comecei em janeiro. Fisioterapia todos os dias...”

Deste modo, a partir da experiência cruel de uma enfermidade que apresenta índices alarmantes na região de Campinas e no restante do país¹², temos a chance de refletir sobre as tendências que vêm se desenhando no mundo do trabalho:

A insegurança contratual (redução dos benefícios previdenciários e da garantia de emprego).

A redução dos postos de trabalho (provocadas antes de mais nada por equívocos nas políticas governamentais); e

O baixíssimo investimento na qualificação da mão-de-obra (além da crise geral na educação

pública, que atinge principalmente a população trabalhadora situada nos patamares salariais inferiores).

Mais do que nunca parece inapelável a articulação de vários setores da sociedade para a formulação de programas interinstitucionais de prevenção das LER¹³, mas é inegável a necessidade de rediscussão dos paradigmas científicos e tecnológicos vigentes, tantas vezes colocados acima de qualquer suspeita. As LER fazem pensar sobre o que chamamos de progresso¹⁴ e fazem rever a arrogância típica dos que se negam a aceitar a realidade, sempre que essa realidade impõe o duro questionamento a preconceitos, tradições e privilégios.

Cada acontecimento histórico-social (e as epidemias podem ser consideradas assim) é fruto de múltiplos condicionantes e enseja novas práticas, novos conhecimentos e novas conquistas. A qualidade de vida no trabalho dependerá dessa reflexão e apresenta indicadores bastante positivos. Desde que sejamos sinceros para reconhecer as debilidades atuais e sensíveis para perceber os seus emblemas e sinais. Em outras palavras, desde que não estejamos tentando nos enganar.

Referências Bibliográficas

- BAMMER, G. et col. *The Arguments About Rsi: An Examination*, Community health studies, volume XII, number 3, 1988
- LEITE, M. DE P. *O Futuro Do Trabalho, Novas Tecnologias E Subjetividade Operária*, São Paulo: Scritta, 1994
- MATTOSO, JORGE. *O Novo E Inseguro Mundo Do Trabalho* in MATTOSO, Jorge (org.) *O Mundo Do Trabalho: Crise E Mudança No Final Do Século*. São Paulo, MTb/PNUD/Cesit-UNICAMP/SCRITTA, 1994
- MINAYO, M.C. *O Desafio Do Conhecimento*, São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992.
- OLIVEIRA, C. et col. *Manual Prático De Ler*. Belo Horizonte: Livraria Editora Health, 1998
- RIBEIRO, H.P. *A Violência Do Trabalho No Capitalismo: O Caso Das Lesões Por Esforços Repetitivos (L.E.R.) Em Trabalhadores Bancários*. São Paulo, [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP] 1997
- ROCHA, L.E. ET ASSUNÇÃO, A. *Isto É Trabalho De Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*, Petrópolis, RJ: Vozes, 1993

Notas

- ¹ A partir de 1998 o Ministério da Previdência passou a dotar a expressão DORT (Distúrbios Osteo-musculares relacionados ao trabalho), mas aqui adotaremos a expressão LER, que é de domínio mais corrente em nosso país.
- ² Por razões éticas os nomes próprios usados são fictícios, os fatos, infelizmente, são reais.
- ³ Os grupos são realizados sob a supervisão da Dra. Rosé Colom Toldra, professora titular do depto. de Terapia Ocupacional/ FCM/ PUCAMP
- ⁴ Tese de Doutorado em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – MAGALHÃES, L. *A dor da gente: representações sociais sobre as Lesões por Esforços Repetitivos*, 1998
- ⁵ Ramazzini, o médico italiano que é considerado o pai da medicina do trabalho, mencionou em 1700 uma estranha doença que acometia os notários e escribas, cuja posição da mão sobre o papel provocava terríveis dores e os impedia de seguir no trabalho, apud Ribeiro, 1997.
- ⁶ cf. Bammer, 1988.
- ⁷ cf. Rocha et Assunção, 1993.
- ⁸ Portaria 4062 - 06/08/1987 MPAS
- ⁹ Norma Técnica sobre LER MPS 1991
- ¹⁰ De fato as LER acometem trabalhadores de diversas áreas da produção, mas também dos esportes e das artes. Oliveira (1998: 26) conta que Pixinguinha, o nosso grande músico, teria abandonado a flauta em razão de dores atroz nas mãos, o que o fez adotar o sax-tenor. O mesmo teria acontecido a Shumann que abraçou a composição quando já não podia mais tocar piano, com queixas muito semelhantes às de dona Elvira.
- ¹¹ Ver Mattoso, 1994.
- ¹² Cabe assinalar que a incidência das LER permanece elevada em todos os países industrializados, sendo estimado em 65% o percentual de doenças do trabalho relacionadas às LER nos EUA, cf. Bureau of Labor Statistic - Annual Occupational Injury, 1994 apud Oliveira, 1988.
- ¹³ Desde 1993 o Núcleo de Saúde da PUC-CAMPINAS vem fazendo a coordenação executiva do GIL (Grupo Interinstitucional de Estudos sobre LER de Campinas), com o objetivo de formular e articular políticas de assistência e vigilância das LER em Campinas e região.
- ¹⁴ É claro que não estamos fazendo aqui uma apologia ao atraso e ao subdesenvolvimento tecnológico, mas apenas buscando refletir sobre a maneira como esse "progresso técnico" vem sendo introduzido.

Terapia Ocupacional

espaço da narrativa entre forma e imagem

Autora

Sonia Maria Leonardi Ferrari,

Terapeuta Ocupacional com especialização em Saúde Mental pelo CETO, e especialização em Coordenação de Grupos e Análise Institucional pelo Instituto "A Casa". Diretora do CETO e Diretora científica do Instituto "A Casa".

Endereço

R. Fradique Coutinho, 1945
CEP 05416-012 - São Paulo - Brasil

Resumo

A autora propõe reflexões sobre o uso de atividades artísticas ou expressivas em Terapia Ocupacional, como instrumentos privilegiados para a constituição do processo terapêutico.

Palavras-chave

Terapia Ocupacional- criatividade - atividades artísticas.

à Jô Benetton, pelo empréstimo de idéias e cuidadosa revisão conceitual

I- Introdução:

Arte, atividades artísticas ou expressivas e criatividade, entre outras atividades instrumentalizam uma Terapia Ocupacional. Estudos e pesquisas sustentados pela observação empírica têm demonstrado que, principalmente na área da Saúde Mental, atividades expressivas, entre as formas e as imagens, subsidiam a construção de narrativas constituintes da história do sujeito.

Tal aporte teórico- técnico recente, teve como precedente uma restrição importante para os terapeutas ocupacionais. Quando as atividades eram prescritas por médicos, da mesma forma que as medicações são hoje, muitas vezes havia a recomendação ou mesmo a restrição para o uso

de atividades expressivas. A criatividade, resultante da exploração da imaginação, ilusão, fantasias e fantasmas, para os gênios constituíam uma virtude, para os doentes mentais um recrudescimento dos sintomas e um agravamento da doença.

A introdução de aportes teóricos e técnicos da psicanálise no hospital psiquiátrico, trouxeram como consequência a compreensão de que as atividades expressivas apenas deixavam à mostra as fantasias e os fantasmas. Como acontecia com os gênios, a criatividade explorava também, o inconsciente dos doentes mentais. A observação dos fenômenos psicológicos através de atividades artísticas passou a ter então, o mesmo caráter dos testes psicológicos projetivos. Esse pensamento responsável pelo desenvolvimento da Psicopatologia da Expressão, resultou através dos estudos de seus principais adeptos - Navratil, Muller e Prinzhorn- em fama e estigma para loucos artistas.

Em 1948 Dubuffet criou a Companhia de Arte Bruta, grande incentivadora de produções artísticas não atreladas a qualquer condicionamento ou sistema cultural e social, explorando um caráter espontâneo e fortemente criativo das artes. Essa nova postura frente à criatividade e as artes tornou-se o contraponto da Psicopatologia da Expressão, abrindo um espaço na sociedade para a arte até então também internada nos hospitais psiquiátricos. Aos produtos criados, mesmo que criados dentro do hospital, Dubuffet insistiu em dar-lhes o status de arte, redefinindo a criatividade como inerente ao homem e não apenas aos escolhidos pelos deuses. "A Companhia de Arte Bruta não reconhecida como particular à arte do doente mental mas, toda arte como um espaço de exaltação de recursos psíquicos que existem de maneira latente em toda a humanidade." ¹

Essas duas posições do pensar a arte e a loucura provocaram antes de tudo acirradas e polêmicas discussões tanto de especialistas como da sociedade. O importante entretanto é que com

essa dupla gênese, os estudos e pesquisas sobre o tema, tornaram-se profícuos em muitas áreas do conhecimento.

II – Forma e imagem

A Terapia Ocupacional como profissão, no conjunto de suas técnicas e procedimentos assistenciais, tem fundamentado suas práticas e pesquisas na dinâmica psíquica e na dinâmica da realização de atividades, ambas fortemente comprometidas com a criatividade. Não há para nós a especificidade do uso de um tal tipo ou outro de atividade, para considerar graus ou níveis de criatividade. O que se pode observar é que em espaços propícios e bem cuidados, o desenvolvimento da criatividade pode ser suscitado em qualquer tipo de atividade ou em sua realização.

Nesse sentido encontramos em Benetton (1997) “No arcaico, dizemos do pensar em imagens mentais não lógicas, imagens absolutamente não verbais que nos são demonstradas melhor pelo fazer, um fazer onde processo e produto são inseparáveis, onde um pode provocar a existência do outro até a morte”. A seguir a autora completa: “Só a morte interrompe essa cadeia da criatividade”.¹

Entretanto na Terapia Ocupacional o espaço dinâmico estabelecido na relação triádica - paciente - terapeuta – atividades - forma e imagem se alternam como foco para antes de tudo provocar o conhecimento. Para alcançá-lo é preciso que o que já é construído seja ampliado e acrescido pelo que é aprendido, apreendido e criado. Entre o que faz e o fazer-se, há a concretude de materiais e utensílios e o investimento afetivo- emocional. Os produtos de ambos os lados instrumentalizam a construção da história do sujeito instaurando novos espaços em benefício do próprio sujeito ou munindo-o de instrumentos com valor de troca no mercado social.

Todo investimento no processo que implica criatividade e produto tem como objetivo final a construção de cotidiano. O dia-a-dia interrompido, cortado ou estrangulado pela dor, doença ou deficiência. Há que se imaginar, esperar, mesmo se iludir e sem dúvida desejar para criar, então, buscar nesse processo, entre formas e imagens

também uma ética e estética, que unas, se façam presentes na vida. Tendo como pressupostos e posição o que até aqui está, busca-se o lugar da narrativa.

III - Narrativa

Como comemoração de aniversário dos dez anos do hospital-dia “A Casa”, realizamos uma exposição de trabalhos de desenho, pintura e modelagem dos nossos pacientes.

Por cerca de um ano, compilamos as atividades desenvolvidas por um grupo de pacientes com o objetivo analisar suas evoluções durante o tratamento. Queríamos que entre formas e conteúdos, os pacientes pudessem perceber e conhecer suas transformações tanto do ponto de vista da produção como da relação. Essa compilação de atividades dá o formato aos nossos prontuários da Terapia Ocupacional. Participando da revisão dos trabalhos compilados, os pacientes foram consultados sobre a nossa intenção de transportá-los para uma exposição. Aderindo à nossa idéia eles chegaram a participar da escolha do que seria exposto.

Como cicerone dessa exposição procurei transformar em palavras aquilo que na construção de formas e evolução de imagens era percebido como coincidentes evolutivos no processo terapêutico.

Segundo Winnicott o objetivo último da Terapia Ocupacional é que o sujeito possa “afastar-se de si mesmo”², e se apropriar do social. Então, esse estudo teve como objetivo a organização didática do material para o ensino de técnicas de Terapia Ocupacional relativas à relação terapêutica e à ampliação desta na consolidação de um grupo.

A organização do material constitutivo dessa narrativa traz as marcas de um pensamento associativo inspirado no conceito de trilhas associativas descrito por Benetton (1991). O procedimento “trilhas associativas” propõe um trabalho feito em conjunto entre terapeuta e paciente cujo objetivo é correlacionar fatos, objetos e pessoas, através das atividades feitas pelo paciente. “Tendo a investigação clínica com base, vamos combinando suas partes que se encaixam. Ao rever

esses trabalhos, vamos paciente e eu, em busca de lugares comuns, de semelhanças e de diferenças, de identificações e de nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nessa relação. Muitas das atividades propostas ao paciente, durante a terapia, assim são por permitirem a continuidade dessas associações. Assim como se espera que através delas o paciente possa também contar a sua própria história.”³

A partir desses pressupostos propomos aqui uma outra forma de utilização do procedimento trilhas associativas, acrescentando ao conceito de tríade terapeuta- paciente –atividades, o grupo.

Num contexto grupal é possível a construção de trilhas associativas com as atividades de cada um de seus pacientes, num determinado momento que não é o mesmo para todos os integrantes do grupo. Nesse sentido o trabalho de confecção da trilha individual de um paciente se torna enquanto processo, forma, técnica de utilização muito parecido com a proposta da autora. Só que este esforço de significação feito por terapeuta e paciente num grupo, de um processo individual, não pode ficar alheio ao entendimento das intercorrências grupais mobilizadoras do surgimento daqueles conteúdos que irão compor, instaurar a dimensão histórica no universo daquele paciente.

Da mesma forma a construção de uma trilha grupal, considerando a dimensão histórica, é diretamente relacionada e afetada pela ocorrência das trilhas individuais, por narrativas de cada um dos integrantes do grupo. Cabe lembrar que a história de um grupo não se resume à somatória das diferentes histórias individuais, mas da construção de uma outra história, a do grupo.

Assim, o primeiro movimento de estudo foram as formas que apareciam não só nas atividades ditas expressivas ou artísticas mas em todas as atividades realizadas em nosso setting. Formas que provocam o aparecimento de imagens que em cadeias significantes servem de transporte para a construção de outras formas.

Ao longo de um ano, um intenso programa terapêutico se iniciou com quatro pacientes e três terapeutas, que tinham como projeto trabalhar a extrema dificuldade de comunicação, as

estereotípias e a solidão desses pacientes. O caminho para chegar ao trabalho da comunicação e das relações começou pelas atividades e suas formas. Na produção desses pacientes foi possível observar mudanças que se traduzem por evolução. Num primeiro momento trago o exemplo da produção de dois pacientes desse grupo e de como esta foi se processando no acontecer grupal.

Produção de R. : No início solidão, falta, corpos mutilados, formas estereotipadas, escritos sempre relacionados com sensações corporais, voltadas para si. Evolutivamente, com as intervenções terapêuticas, com o fazer junto, com a relação terapêutica estabelecida, a paciente pôde fazer um corpo articulado com o mundo externo, com afetos e com o grupo.

Produção de W.: No início produções muito simples, pobres, ou então carregadas de misticismo, esoterismo, (componentes de sua produção delirante), que o deixavam totalmente fechado em si próprio. Uma produção que se modifica com a participação de um dos terapeutas que entra nesse mesmo registro místico- esotérico do paciente e vai introduzindo outros conteúdos, com o intuito de estabelecer contato e introduzir humor nessa produção.

Introdução das atividades grupais: Neste momento foi indicada a introdução de atividades grupais com o objetivo de ampliar esses campos que se estabeleciam a princípio com uma forte carga dual, para que tentássemos construir um outro campo que fosse grupal. Sugerimos desenhos que circulavam pelo grupo, iniciando sempre por um de seus integrantes , sendo que os outros tinham de tentar seguir alguma seqüência com relação à forma inicial. Os conteúdos esotéricos que eram de um, não só se intensificam, mas são socializados, compartilhados pelo grupo; as formas estereotipadas da outra se transformam na produção grupal. Vimos as transformações internas de cada um aparecerem na mudança de formas e a criação de um novo código comunicacional grupal. Fizemos inúmeras atividades como essas, nas quais esse código ia se sofisticando. Percebíamos então o grupo constituído como tal, tanto que agora podia ousar nas formas e materiais e num determinado momento pôde cuidar grupalmente da demanda de um de seus integrantes.

O grupo cuida que F. se encontre no seu mapa:

Uma paciente chega ao grupo, contando de suas tentativas de sair para o mundo sozinha. Uma paciente que há muito tempo só conseguia sair acompanhada e que nesse determinado momento fazia esforços, se arriscava a sair só. E sair só no mundo para ela era sair em volta do quarteirão da Casa, ou de sua casa. Depois de um desses passeios, ela chega muito confusa, não conseguindo dizer onde tinha ido, o que tinha feito, quem havia encontrado e conta que chegara a se perder. Sugerimos ao grupo que fizéssemos um mapa. Um mapa no qual ela pudesse ir reproduzindo este passeio. Por onde havia passado, quem e que lugares encontrara. Ela escolhe fazer um mapa dos arredores da Casa. Por conhecerem as imediações, os pacientes puderam ajudá-la nessa execução. A paciente começa a fazer um mapa bastante confuso, sem nenhuma ordem. Com a ajuda do grupo vai aos poucos colocando nome nos lugares, nas ruas, localiza o bar, a padaria, a banca de jornal e algumas pessoas com as quais se encontrava nesses percursos. O que era a princípio um mapa confuso, tornou-se um mapa organizado, reconhecível, em que a paciente pôde se reconhecer em suas andanças, validando, significando e organizando suas tentativas de reatar alguns de seus laços com o social.

Rituais de iniciação:

A cultura grupal vai-se estendendo para os outros integrantes do grupo que vão chegando, sendo sempre convidados pelos pacientes a participarem dos “desenhos que rodavam”.

Um presente para o terapeuta que se vai:

A esta altura do processo desse grupo, um fato importante ocorre. Um dos terapeutas, por motivo de mudança de horários, precisa deixar de participar do grupo. Sua saída é trabalhada, sua presença havia sido muito importante na história desse grupo, em sua constituição. O grupo resolveu fazer uma pintura de presente para ele. Fazem juntos uma pintura enorme, carregada de formas marcadas por conteúdos afetivos, pessoas, cores,

casa, paz. Uma pintura que ocupa todo o papel, com margem, com um enquadre.

Reconstrução do corpo do grupo:

Na sessão seguinte, os pacientes se reuniram na sala de T. O. e ficaram por algum tempo sem escolher que atividade fazer. Algumas idéias surgiam, mas não causavam nenhum efeito no grupo. Uma paciente sugere então, que fizessem um corpo de argila, um corpo de mulher. A proposta aviva o grupo, tirando-os de uma certa apatia.

Começam a falar sobre essa possibilidade, sem que contudo fizessem qualquer movimento no sentido da execução da atividade. Percebendo isso, validamos esta como a proposta do grupo, chamando os integrantes para que começassem a entrar em contato com o material escolhido e a definir como se organizariam. A idéia de se fazer um corpo após a saída de um terapeuta do grupo, nos sugeria a tentativa de reconstrução do corpo deste grupo, a busca de uma nova configuração.

Engatando nesta proposta, cada um se interessa em fazer uma parte desse corpo: cabeça, tronco, braços, pernas, uma vagina enorme que mais parecia um pênis, mas que adquire uma forma mais próxima após várias tentativas. Os pacientes ficam bastante mobilizados, entram, saem, brincam muito. Resolvem terminar a atividade no grupo seguinte, deixando o corpo secar. Na sessão seguinte, encontram o corpo todo rachado. A argila ao secar havia sofrido rachaduras em toda a sua extensão. O encontro com o corpo estilhaçado e a sensação de que não conseguiriam nunca consertá-lo, faz com que queiram abandoná-lo.

Reclamam, não o querem mais, não tem mais jeito. Insisti que buscássemos juntos uma forma de consertá-lo, pensando novamente no significado que o corpo poderia ter para o grupo. Sugerimos que usássemos cola branca para juntar as partes, mostrando que era possível e eles começam a colar.

Ficam bastante aliviados quando percebem que a cola dava uma nova unidade ao corpo.

Resolvem depois pintá-lo e quando pronto colocam o nome de *Deusa do Amor*. Brincam com o

corpo, uns o acariciam, outro se apaixona e quer levá-lo para casa. Disputam entre si sua posse. Acabam concordando em deixá-lo lá na sala de T. O. para todos e escolhem um local onde pudesse ser sempre visto e tocado, tornando-se um ponto de referência desse grupo. Depois de algum tempo resolvem fazer um homem de argila, pois essa mulher precisava de um companheiro. Desta vez sem tantos problemas técnicos com o uso do material, fazem mas percebem no final que em vez do marido haviam feito o filho e o chamam de *Marte*. Talvez ainda fosse cedo para concretizar a entrada do terceiro, entrada que talvez ainda estivesse por vir.

IV- Conclusão

O uso de atividades artísticas ou expressivas sustentado pela particular dinâmica estabelecida na relação triádica terapeuta-paciente-atividades, amplia o espaço para a construção de caminhos associativos, no qual o constante movimento de repetição e criação de novas formas, acompanhadas de significação, torna-se elemento constitutivo do espaço de historicidade.

Notas

- ¹ Benetton, J. "A descoberta da Insanidade na Arte". *Jornal da USP*, 14 a20/4/1997
- ² Winnicott, C., Sheperd, R., Davis, M., "Explorações Psicanalíticas - D.W. Winnicott", Artes Méicas, Porto Alegre, 1994.
- ³ Benetton, J. "Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose" São Paulo, Lemos Editorial, 1991.

Referências Bibliográficas:

- AGUIRRE, B. E FERRARI, S.M.L. - *Aspectos do funcionamento da clínica de grupos e sua especificidade na Terapia Ocupacional*. Boletim de Psiquiatria, vol 22-23, São Paulo, 1990
- BENETTON, J. "Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose" São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- BENETTON, J. "A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental- Tese (doutorado) UNICAMP. Campinas, 1994.
- FERRAZ, M. H. C. T. "Arte e Loucura: Limites do Imprevisível. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- FERRARI, S. M. L. "A ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos" *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*. São Paulo. v.2., p.32. 1997.

Indagações sobre a concepção de cenário em Terapia Ocupacional

Autor

Luiz Gonzaga Pereira Leal

Terapeuta Ocupacional, professor do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Endereço

Rua Francisco da Cunha – 1910/2002-A – Boa Viagem.

CEP 51.020-041 – Recife – PE – Brasil

Fone: (81) 326-0206

Resumo

O autor propõe uma reflexão acerca do aqui denominado cenário terapêutico ocupacional no que se refere especificamente à clínica da psicose, bem como às cenas ali deflagradas.

Palavras-chave

Terapia Ocupacional – Cenário Terapêutico – Ritual Terapêutico

*“Tempo-Tempo-Tempo-Tempo
Compositor de destinos
Tambor de todos os ritmos.”
(Caetano Veloso)*

I - Uma breve introdução

Este trabalho tem sua origem em reflexões sobre o que convencionalmente se designa “sala ou setor de Terapia Ocupacional”; estaremos aqui tentando avaliar este “Lugar-Espaço” enquanto detentor de potencialidades que lhe assegurem atributos terapêuticos.

Convém ressaltar que pouca importância tem sido atribuída a este “Lugar-Espaço” no sentido de reconhecê-lo enquanto “continente” que possa favorecer e abrigar uma experiência, que, por assim dizer, possa converter-se em “experiência retificadora”. Pelo menos é isso que genericamente visualiza-se como objetivo, em se tratando de cuidados a pacientes psicóticos.

Nas instituições, este “espaço-lugar”, via de regra, não é posto e entendido como objeto de primazia e prioridade. Constitui-se sempre numa “Cavidade escura” – porque sombria, fria, contendo pedaços e restos, objetos ali colocados de forma mais ou menos aleatória, sem refletir-se sobre a importância e função que podem assumir no processo terapêutico ocupacional. Espaço anatomicamente deficiente, aleijado, deformado, produzindo assim um impacto em quem nele adentra. Torna-se então objeto de recusa e afastamento, porque amedontra, assusta, apavora.

É neste “espaço-lugar” abrigador que os Terapeutas Ocupacionais buscam e insistem em exercer seu ofício, cuja essência reside em favorecer ao paciente um reinvestimento na realidade externa, através do qual uma construção possa se processar, via o fazer, o experimentar, o fabricar. Esse “espaço-lugar” carece de uma materialidade que o sustente, delimite, demarque, para assim apresentar-se enquanto espaço significativo. Este fazer implica, no entanto, vivências e revivências de rituais, ou melhor, o contato com um espaço-tempo que se distingue assim de outros sem significação, porquanto vividos sem a delimitação, que o defina como personalizado e organizado em função de sua finalidade terapêutica.

II – Terapia Ocupacional – uma conceituação a ser pensada

*“Tempo-Tempo-Tempo-Tempo
vou te fazer um pedido.”
(Caetano Veloso)*

A Terapia Ocupacional, ao longo de sua trajetória, tem sido conceituada, portanto, das mais variadas formas. Isto denota a pluralidade deste campo.

Porém, parece-me oportuno pensar sobre o que certa vez um paciente me disse sobre o que significava para si a Terapia Ocupacional: “A Terapia Ocupacional é uma maneira de a gente dar sentido

às horas, e se apaixonar por aquilo que a gente faz. Na Terapia Ocupacional fazemos coisas para os outros verem e gostarem. As horas na Terapia Ocupacional passam mais rápido”.

O que o paciente Antonio Roberto expressou pode ser lido através de várias ópticas e vertentes. Contudo, no seu depoimento, fica evidente a experiência subjetiva de representação do “fazer” inserido na dimensão do espaço e do tempo, que por sua vez definem um contexto a ser enfrentado. Neste confronto o paciente arrisca-se a viver emoções através das quais o indivíduo não se limita à contemplação solitária de si, mas é também contemplado no que diz, no que exerce e no que faz. Nesta dimensão, o monólogo converte-se em diálogo, o singular converte-se em plural, o um converte-se em uns, o que apresenta fixo vai ganhando movimento, e o que se era errante gradativamente vai tomando o seu devido lugar.

A atividade inserida na ordem de espaço e tempo define assim um contexto, que, regido por normas previamente estabelecidas em consenso, por aquele(s) que dela participa(m) passa a ocupar um lugar qualitativamente distinto das mesmas atividades quando realizadas no cotidiano.

A íntima ligação com noções de obrigação e dever confere ao exercício da atividade em Terapia Ocupacional um movimento, uma dinâmica, uma regularidade, imprimindo-lhe assim “caráter ritual”, estabelecendo portanto uma união ou mesmo uma comunhão, ou pelo menos uma relação orgânica entre paciente e terapeuta podendo o primeiro confundir-se, ora com a pessoa do terapeuta ora com o coletivo, que são dados no início como dissociados.

Fica assim evidente a contraposição de “Espaço-Tempo-Atividade” que encerra “significações” e “Espaço-Tempo-Atividade” desprovido de sentido, identificado com a desordenação.

III – Cenário de Terapia Ocupacional no que pode comportar

“Ainda assim acredito
Ser possível reunirmo-mos
Num outro nível de vínculo
Tempo-Tempo-Tempo-Tempo.”
(Caetano Veloso)

Quando se fala cenário, logo se imagina o que o mesmo possa representar em termos de comprimento, largura e altura, assegurando assim um espaço que possa abrigar determinado instrumental, possibilitando a ritualização da atividade cênica.

Por outro lado, entendemos que qualquer espaço, para tornar-se significativo ao homem, precisa ser demarcado concreta ou imaginariamente, e no qual uma ordem específica é vivenciada, que, portanto, lhe concede significação. Uma ordem interna estabelecida, em oposição ao espaço externo, muitas vezes vivenciado de forma desordenada.

O cenário terapêutico ocupacional deve desta maneira, ser um espaço evidentemente dotado de dimensões estratégicas, contendo instrumentos que deverão também ser tomados como espaços em si mesmos: a mesa, as cadeiras, a tela, o cavalete, os tubos de tintas, as prateleiras, etc. são instrumentos-espacos e definem os aspectos anatômicos e geográficos do cenário terapêutico ocupacional. Anatômicos porque à semelhança de um organismo, reúnem-se para a formação do todo; geográficos, na medida em que estas partes delimitam territórios dentro do continente maior e portanto definindo uma forma particular de circulação dentro deste “Espaço-Continente”.

A casa, o palco, o templo, o quarto, o campo de futebol, etc. se configuram em espaços delimitados aos quais o homem atribui significados.

No cenário terapêutico ocupacional, a mesa, a tela, os tubos de tintas, o tabuleiro de jogos, a folha de papel, o tear, o tecido, etc. adquirem significados, já que através deles o paciente expressa veemente sinceridade e despojamento, nos quais suas fantasias e fantasmas ganham materialidade, podendo assim ser enfrentados e dominados. Esses instrumentos-espacos quando retirados da “Inércia”, vêm por sua vez colocar em movimento quem ousa tocá-los ou transformá-los, convertendo assim um desejo, uma vontade, em objeto esteticamente observável por si e por aqueles que comungam daquele espaço.

A “Cena-Evento” ali representada de forma ritual apresenta-se estruturada em relação ao espaço, cujo ponto central é “uma mesa com

cadeiras”, ponto por excelência gerador de movimentos centrípetos. O movimento ali deflagrado empresta ritmo à preexistente harmonia contida naquele espaço. Desta forma, o cenário terapêutico ocupacional adquire uma “fisionomia estético-sensorial”, convertendo-se então em espaço de natureza provocativa no qual fenômenos e fatos são vivenciados e portanto sujeitos a um registro.

O som, a luz, as cores, as formas, o odor, os sólidos, etc. traçam linhas reais ou imaginárias que demarcam o campo de ação e interação possibilitando-se assim, modulá-lo, aquecê-lo, ativá-lo, possuí-lo.

Convém, assinalar o que nos diz Nise da Silveira sobre a questão do espaço e sua relação com a psicose: “O que causa o delírio e a alucinação é, sobretudo, a aproximação excessiva do objeto. Eu observava nas pinturas dos doentes que os objetos estavam tão próximos, que quase se superpunham.”

É de se notar que a Terapia Ocupacional cumpre uma função compensatória através de “linguagens outras”, pelo fato de processar-se em espaço significativo, num tempo mítico e repetindo um modelo de criação.

Este cenário, possuindo propriedades que lhe são inerentes, promove o conhecimento e reconhecimento principalmente do que perceptivamente era experienciado de forma caótica e indiferenciada, cumprindo assim uma função ordenadora.

Observemos o que diz Freud: “A consciência passa pela percepção.”

Estas propriedades conferem ao cenário terapêutico ocupacional um valor simbólico, portanto organizador e exploratório. Vejamos algumas delas:

1 – Conformidade

*“De modo que meu espírito
Ganhe um brilho definido
E eu espalhe benefícios
Tempo-Tempo-Tempo-Tempo.”
(Caetano Veloso)*

Propriedade através da qual as partes passam a conceber e definir o todo, articulando-se

entre si. Nesta concepção uma certa organização é visualizada permitindo assim uma fotografia do todo e não das partes.

Este recinto, comumente quadrado, e os instrumentos nele contidos devem, numa combinação harmônica, imprimir uma forma cujo objetivo é promover impressões relacionadas com estrutura, ordem, lugar.

Diz-nos Micea Eliade: “O lugar nunca é escolhido pelo homem, ele é simplesmente descoberto por ele.”

Ao contrário de cenários destituídos de harmonia, que provocam distanciamento, afastamento, acentuam fragmentação, portanto não referendam, não integram, não acolhem, cenários harmonicamente constituídos convidam à ação e à interação, ao convívio. Esta referência externa ordenadora, vem contrapor-se à experiência interna de dissociação e desmanchamento vivida pelo psicótico.

O quadrado é tido como um dos quatro símbolos fundamentais, juntamente com o centro, o círculo e a cruz. Sendo um plano ancorado em quatro lados, simboliza a interrupção, a parada, a retenção do instante, implicando também uma idéia de solidificação e até mesmo de estabilização. Quero lembrar que muitos espaços significativos, tais como altares, templos, praças, casa, quarto, tendem a uma forma quadrangular. Em termos simbólicos o “quadrado” é algo que engloba, protege, sustenta. Para Eliade “representa um lugar reservado aos processos dinâmicos de transformação e renovação, determinado pela necessidade, de inviolabilidade do seu campo de ação”.

É neste lugar-espaço harmonicamente constituído, concreto, real, que o paciente é arrastado para o espaço do sonho, que o estimula e incita, e no qual as coisas ora se fundem e ora se confundem. É como se aqui tudo fosse possível.

Pintando, modelando, jogando, tecendo, escrevendo, o paciente penetra nas suas projeções, atravessando assim o espelho. Neste espaço a ritualização do passado e a simulação do futuro justapõem-se às novas percepções da pessoa. Ouvi certa vez, e isto não é raro, de um paciente o

seguinte comentário: “Luiz, jamais pensei em fazer tal coisa. Achava que não dava pra isso. De onde fui tirar essa idéia?”. O comentário era sobre pintura e o conteúdo nela expresso. A experiência parecendo-lhe então inédita, provocou-lhe um misto de impacto, surpresa, medo e gratificação.

Este espaço que se revela à pessoa sob uma ou outra forma, na verdade trata-se de um espaço organizado, cosmicizado, quer dizer, provido de um centro, servindo então de muralha e defesa mágica contra desordens e confusões inerentes a um espaço caótico, não propício à criatividade e o sonho. Na verdade um espaço significativo, como que “sagrado”, é sempre resultado da conversão de espaço não significativo, dito, portanto “profano”. E sua condição para assim tornar-se, decorre também, dos cerimoniais ali celebrados e das emoções então suscitadas por este conjunto. Recentemente vejo um paciente que é ator e pianista, porém muito grave. Sua família queixa-se de ele não tocar piano há muito tempo e de que quando o faz é de forma muito rápida. Constatamos que o seu piano encontrava-se no quarto que a sua mãe dorme, separada do pai. Lugar entulhado de objetos, de difícil circulação e clima sombrio. Por sua vez em tempos atrás o paciente solicitou de sua família que preparassem um quarto abandonado, localizado nos fundos da casa, para que pudesse assim ali ficar, tocar e fazer suas coisas, no que não foi atendido.

A partir deste fragmento biográfico, entre tantas coisas, podemos inferir o quanto o paciente se debate na busca de encontrar um espaço que lhe pareça significativo, determinante e onde possa exercer-se.

2 - A mesa como ponto central e determinante de um ritual

*“Que sejas ainda mais vivo
No seu do seu estribilho
Tempo-Tempo-Tempo-Tempo
Ouve bem o que te digo.”
(Caetano Veloso)*

O homem está sempre perseguindo o desejo de achar a si mesmo e sem esforço, ou seja, superar de maneira natural a condição humana, a condição anterior à queda. Essa dimensão do

humano vem definir o que o paciente possa vir a conquistar com a vivência de um processo terapêutico. É como que, simbolicamente, a pessoa estivesse num labirinto de cujo centro se encontra perdido. Um processo terapêutico que pretenda ser bem-sucedido reside no fato de levar a pessoa a procurar e achar o centro.

Em Terapia Ocupacional, ainda no que se refere às propriedades espaciais do seu cenário, a “mesa”, enquanto objeto concreto e simbólico, vem ocupar um destaque e essencialidade, na medida em que vem conferir uma significação ao cenário terapêutico. É portanto, um espaço inserido em outro espaço, que, por sua localização geográfica ou imaginária, determina o “centro” do espaço maior, promovendo uma ligação com a periferia, relacionando-se portanto este cenário com espaços ritualísticos: assim, a mesa na Terapia Ocupacional configura um “ponto” em torno do qual se estrutura um ritual. Ritual que tem como característica básica a reunião em torno deste ponto, gerador de movimentos centrípetos e centrífugos em relação a si próprio, ou seja, movimentos de aproximação e afastamento. É de se notar que os pacientes sentem-se atraídos por este ponto, aglutinando-se em torno dele e numa atitude de reconhecimento e recitação, inicialmente conversam ou mesmo silenciam, como que esperando que algo seja anunciado. A exemplo de certos rituais, esta anúncio introduz uma atividade num gesto de proposição e decretação de um “ritual expressivo e renovador”. A mesa, portanto, encarna-se como “espaço criativo”, lugar onde a “criação” pode ter início, já que este lugar vem também significar um “lugar de ruptura” com um tempo e espaço vivenciado sem significação. O acesso a este lugar equivale a uma iniciação, já que à existência sem significação que o antecedia sucede uma nova existência, real, durável, eficaz, porque significativa.

O itinerário que conduz a este “centro” está permeado de obstáculos e que tão bem se encontram desenhados nas circunvoluções, muitas vezes complicadas e confusas, que o paciente exerce para nele ancorar-se. Podendo, a exemplo do “labirinto”, adentrá-lo e dele regressar, tendo o “centro” deste como “marco e guia”.

Deste “centro”, fonte de energia e vida, emanam processos criativos, instauradores de uma

nova realidade, símbolo de integração regenerativa. É como se este “centro”, este “microcosmo”, pudesse ser identificado como “centro do mundo”, e que remete, portanto, à coletividade.

Concretamente, a mesa se dispõe também ao apoio e sustentação à ação expressivo-criativa, e na qual a “mão” e “seus comandos” têm papel decisivo, para início e conclusão da manifestação criativa.

Determinando o princípio, foco de intensidade dinâmica, a mesa converte-se em ponto concentrador de energia, lugar privilegiado ao encontro e coesão das diferenças, de onde brotam as possibilidades de projetos e acordos. Não é raro diante de uma dificuldade ou desacordo as pessoas nele envolvidas mutuamente se convocarem a “sentar à mesa”. Lugar promovedor “do olho a olho”, “do cara a cara”, é porém foco de onde parte o movimento da unidade rumo à multiplicidade, do interior para o exterior, do não manifesto para a manifestação. Em Terapia Ocupacional, este objeto cumpre esta função convocatória que sua disponibilidade e força inspiram. É um objeto que está ali disponível.

Poderíamos seguir discorrendo sobre as evocações que a mesa pode suscitar: de refeição, comunhão, banquete, liturgia, rituais por excelência fomentadores de união e vida para os indivíduos e a sociedade. Sendo estes rituais também rituais reparadores, instauram entre os indivíduos e nos indivíduos novas formas, relação e produção. Em Terapia Ocupacional observo e detecto isto, no meu cotidiano cuidando de pacientes psicóticos.

Observem o que dizem Milton Nascimento e Chico Buarque no seu “Cio da Terra”:

*“Debulhar o trigo
Recolher cada bago de trigo
Forjar do trigo o milagre do pão
E se fartar de pão*

*Afagar a terra
Conhecer os desejos da terra
Cio da terra, propícia estação
E fecundar o chão. ”*

E agora Willian Blake: “Aquilo que agora se prova foi antes apenas imaginado.”

Comumente observo pacientes espontaneamente se aglutinarem em torno da mesa com intuito de única e exclusivamente compartilhar de uma conversa, uma discussão, uma recitação, deixando ali impressas algumas de suas marcas: as mesas de Terapia Ocupacional estão sempre povoadas de desenhos, rabiscos, nomes, grafites como se fossem códigos secretos à espera de codificação e leitura, denotando assim a existência também de uma trama enigmática, resultado da experiência de “estar juntos”. Estes códigos entendidos como fala, como palavra, como discurso, ou seja, como comunicação, a mesa presta-se também a este fim, convertendo-se em suporte a todas estas falas.

Se ela por um lado converte-se em espaço aglutinador, por outro lado converte-se em espaço de demarcação e separação. O lugar da direita, o da esquerda, o do lado de lá, o do lado de cá etc.; imprimem uma noção de especialidade por certo harmonizadora e rítmica.

3 – Terapia Ocupacional - A dimensão do tempo

*“Pretendo descobrir no último momento
O tempo que refaz o que desfez
Que recolhe todo o sentimento
E brota no corpo outra vez.”*
(Critovão Bastos – Chico Buarque de Holanda)

A dimensão “tempo” encerra também significação em razão de como é vivida. Na Terapia Ocupacional esta dimensão está imposta e implícita conferindo-lhe importância e significação. Se um espaço significativo se configura como ruptura com um espaço que não encerra significação, aquilo que no seu interior se realiza, se celebra, marca também uma ruptura com a duração temporal, já que não é o tempo corriqueiro que agora representa, mas trata-se de um tempo, cuja vivência está marcada pela realização de eventos que encerram significação: tempo no qual o paciente se reverte, recupera-se e se reconcilia com outras experiências temporais, quer das dimensões passada ou futura.

O tempo entre um encontro e outro, obedecendo assim a uma periodicidade, bem como a sua duração, caracterizado por algo que se inicia e completa-se, vem simbolizar também o tempo expressivo-renovador, através do qual o

paciente se recria e se regenera. É o tempo criando-o novamente. A abertura dessa “janela do tempo” provoca aberturas de novas e fecundas janelas de ligação temporal. A exemplo disto, poderíamos refletir sobre a solicitação de alta que os pacientes nos fazem. Geralmente nos dizem coisa desta ordem: “Quando terei alta, pra poder voltar a estudar? Acho que estou ficando bom. Já consigo ir sozinho ao cinema. Antigamente pra mim o dia não tinha fim. Tinha até medo de dormir.”

Esta experiência cíclica relacionada ao tempo vem inserir o paciente numa dimensão mítica, na qual compartilha de um momento criativo de uma realidade.

Através de sua canção, Ivan Lins nos situa:

*“No novo tempo
Apesar dos castigos
Estamos atentos
Estamos mais vivos
Pra nos socorrer
No novo tempo
Apesar dos perigos
Da força mais bruta
Estamos na luta
Pra sobreviver.”*

Inferimos daí que o tempo vivido de forma processual e significativa em Terapia Ocupacional vem servir como garantia para o reingresso do paciente em experiências temporais não significativas e assustadoras, podendo com elas estabelecer algum grau de vínculo e intimidade. Para pacientes psicóticos, um tempo que lhe foge à regra é sempre objeto de medo e pânico, portanto recusa. Podemos citar como exemplo todos aqueles tempos que estão fora ou à parte dos seus rituais psicóticos: um tempo vivido na rua, no ônibus, na praia, etc. Normalmente essas experiências temporais que se tornam objeto de evitação têm uma relação com a vivência de rituais que são celebrados na dimensão do coletivo.

Lembramos que qualquer processo evolutivo pressupõe movimento, dinâmica, confronto através do tempo. Certa vez ouvi de um paciente o seguinte:

“A Terapia Ocupacional é uma ‘pilastra’ na minha vida. Pilastra que me faz crescer. A vida é uma passagem de tempo até a morte.”

De outro: “A Terapia Ocupacional é uma forma de passar o tempo, pensando na vida. A pessoa não pode estar ocupada com coisas bobas.”

Conclusão

Vemos com isso, que este confronto que se efetua na ordem do espaço e do tempo obriga o paciente a elaborar uma narrativa, uma recitação sobre si mesmo. Recitação sobre um “Eu” presente, referente, que tende a se contrapor a um “Eu” anterior, a um “Eu” de antes. É pois um “Eu” que narra o “Eu” que “foi e que está sendo”.

Neste campo de jogo e de lances o Terapeuta Ocupacional é também um narrador, ampliando o âmbito de participação daqueles que do jogo participam e entendendo em grande medida, o “raio de ação ritual”.

A tríade: Paciente-Terapeuta-Atividade, parece assim representar em contexto simbólico e ordenador, um estado de transição criativa, um estado de movimento para a maturação e a integração.

A imagem do trio, triádica, do três, alude a movimento, ritmo, mutação através da tensão, do conflito, inerente ao confronto dialético da tese e da antítese, desdobrando-se na síntese. Que em Terapia ocupacional encontra-se marcada na “forma” e na “produção” resultante de um processo. Poderíamos seguir refletindo sobre os acontecimentos, fatos, papéis, eventos que o campo e o solo terapêutico ocupacional produz.

Referências Bibliográficas

- BION, W. R. *Experiências Com Grupos: Os Fundamentos Da Psicoterapia De Grupo*. 2ª ed., São Paulo, Imago/EDUSP 1975.
- BOAL, A. *Os seres humanos, a paixão e o tablado*. Gradiva, nº 46, março-abril/90, SPAG, Rio de Janeiro.
- CHEVALIER, J. E GHEERBRANT, A. *Dicionário de símbolos*. 4ª ed., Riode Janeiro, José Olímpio, 1991.
- ELIADE, M. *O sagrado e o profano: a essência das religiões*. S- Livrosdo Brasil – coleção vida e cultura.
- _____. *Tratado de história das religiões*. Lisboa, ediçõesCosmos, 1990.
- HERRMAN, F. *Clínica psicanalítica: a arte da interpretação*. São Paulo, Brasiliense, 1991.
- LEAL, L. G. P. *Reflexões em torno de aspectos míticos da Terapia Ocupacional* – III Encontro de Terapeutas Ocupacionais em Saúde Mental em Porto Alegre. 25–27/de 1989 - mimeografado.
- MANNONI, M., *Um lugar para viver*. 1ª ed. Lisboa, Moraes Editores, 1978.
- MATTHEWS, J. *À mesa do Santo Graal*. São Paulo, Siciliano, 1989.

**Da atividade, o que pode ainda ser dito*

Autor

Jean-Guy Jobin, M. Sc.,

Revue Québécoise d'Ergothérapie, V. 1, no. 1, p. 11-16, 1992.

Tradução

Regina Célia de Brito Jorge, TO.

Revisão: Jô Benetton, TO.

Palavras-chave

Análise de atividades, Atividade terapêutica-Intervenção em Terapia Ocupacional.

Resumo

O caminho da análise aqui apresentada tende, a princípio, a considerar a atividade como um objeto que tem sua coerência e suas características próprias (campo operacional, cadeia operacional, noção de estrutura e de conteúdo). Esse objeto, entretanto, não é independente de tudo, pelo contrário ele depende do meio ambiente, de um coletivo. Ele é determinado por uma série de fatores, (determinantes da atividade). Esse mesmo objeto no contexto terapêutico, torna-se "ferramenta" de intervenção, obedecerá a uma outra visão, será submetido a outros fatores, mas não mudará de nome, sendo que poderá guardar o seu sentido (discussão sobre a atividade terapêutica e os níveis de intervenção em terapia ocupacional).

* Por solicitação do autor foi acrescentada a virgula no título do artigo.

Introdução

Dizer que a atividade possui os recursos terapêuticos aplicáveis em terapia ocupacional, à tal ou qual paciente, faz supor um saber clínico, um saber quanto aos recursos terapêuticos da atividade e um saber mais geral sobre a própria atividade. Existe aqui um caminhar em três tempos,

para o qual a lógica deve ser adquirida nos curso de formação. Um passo que fica polarizado no sujeito da ação, sobre um quem estritamente caracterizado, seja um paciente em particular ou sejam os meios empregados, que fazem referência ao que e como da atividade.

Não se pode fazer economia do saber sobre a atividade considerada como tal. Não podemos passar diretamente à coleta dos recursos terapêuticos da atividade em resposta a tal patologia ou tal problema, como não podemos abordar de imediato a clínica crendo poder intervir com recursos imprecisos. Seguramente, as coisas assim, irão mais rápido (o tempo de formação é sempre vivido como longo e sofrido) mas isso será dentro do empirismo puro.

A intervenção pontual, "você tem tal problema, eu lhe aplico tal atividade", caminha em direção oposta à intervenção focal ou convergente, que responde a partir de um conhecimento extenso: múltiplas dimensões interligadas da atividade e diversidade de atividades humanas com o intuito de sistematizar. No espectro das atividades humanas, certas partes poderão constituir os aportes terapêuticos a partir dos quais ocorrerão escolhas, segundo as circunstâncias. É preciso selecionar uma parte do prisma ou um feixe, entre o grande cone de atividades, observando que todos os feixes convergem ao ponto de origem na base. Se de imediato, a intervenção convergente visa o ápice, isto é, a autonomia, ela fica ligada à base e é a base que tem valor de integração. Ela não tem a mesma ressonância que a intervenção pontual. Então, não significa fazer voltar as atividades no paciente, mas, fazer entrar o paciente em atividade.

O esforço da objetivação da atividade, por ser o que esta mais próximo- o que e como - não pode ser benéfico para o terapeuta ocupacional, que deverá saber tirar o melhor partido das atividades e as mais diversas. O estudo da própria atividade, se tornou uma raridade. Tende-se a deixar todo fazer

não informa, todavia, sobre as condições de sua realização, sobre seu contexto - o que a torna possível e a determina, o que a limita e lhe dá sentido, num determinado tempo e lugar. O possível da atividade está submetido aos fatores de diferentes ordens que podemos chamar determinantes. Levando em consideração os determinantes, tende a relativizar a maneira de considerar a atividade. Ao passo fático da objetivação, acrescenta-se um outro passo da contextualização contendo valor crítico no sentido em que implica uma tomada de distância. Fala-se aqui, de um olhar antropológico que coloca em perspectiva as atividades de hoje em relação às aquelas de ontem, as atividades do aqui em relação às aquelas de outros lugares. As atividades humanas têm também um passado. Elas não aparecem subitamente, simplesmente. O mesmo pode ser dito sobre as atividades terapêuticas, elas não foram inventadas pelo terapeuta ocupacional. Elas provêm, a maior parte, de um lote comum; elas são a herança de uma cultura, embora devam encontrar hoje seu sentido (por exemplo, a época do macramê dos anos 60 de Quebec).

O presente artigo não constitui um recenseamento de corpus, ele não visa fazer o ponto dos conhecimentos sobre a atividade com todas as referências de apoio, ele constitui antes um ensaio refletindo o estado da reflexão do autor sobre a questão. Em seguida a uma tentativa de definição, a atividade primeiro será abordada em termos técnicos (método de análise do campo e da cadeia), depois em relação às condições de sua realização (predominância dos fatores coletivos) e, finalmente em relação com a terapia, insistindo sobre a dinâmica interna da atividade e sobre seu alcance social sem fazer referência à clínica como tal.

A Atividade e as Atividades

É preciso distinguir atividade e atividades. A atividade é a manifestação do ser vivo que tende a manter, a crescer, a regenerar ou reproduzir seu ser. A atividade recupera um conjunto de funções motora, sensorial e cerebral, por uma parte, que o ser humano partilha com o animal. As atividades são as formas mais ou menos concretas sob as quais a atividade se manifesta. Elas implicam um agente, um material e um objetivo.

A demarcação não é sempre evidente entre o animal e o homem, como é o caso da utilização

das ferramentas, por exemplo. A diferença se encontra do lado do agente que dispõe de uma certa margem de liberdade, de uma criatividade que escapa ao código. Ela está também no modo de codificação. O homem constituiu uma memória lá fora. Memória coletiva lançada nos arquivos dos monumentos, dos museus, das bibliotecas, depósito transmissível de idéias e de fatos e também de coisas, tal qual as ferramentas que, ao curso das idades, se aperfeiçoam e se multiplicam. O animal, só dispõe de grammas, e de uma memória biológica. Sempre em simbiose com o meio, não pode se distanciar do meio ambiente ele não chega ao pensamento abstrato ligado às funções superiores: conceitualização, memória, invenção, julgamento. O animal não tem acesso à linguagem simbólica, ele não pode se fazer presente na sua ausência, não pode se representar no mundo. Esta é a diferença entre a natureza e a cultura.

O homem manifestará sua atividade (sentido I) nas atividades (sentido II) as quais estarão de pronto sob seu domínio, num agir humano, no sentido de que elas revelarão o coletivo, serão recebidas e poderão ser transmitidas como herança, serão parte de interesse profundo de uma cultura. A atividade (II sentido) poderia assim ser definida como: *colocar em funcionamento um agente e seus instrumentos, sobre um material, através de certas regras e formas específicas de fazer, chegando a cumprir objetivos propostos.*

Esse sentido, no limite, satisfaz um agente, um material e um fim. Este último é necessário, pois, não é suficiente que haja apenas o encontro entre o agente e o material. As ferramentas e maneiras de fazer já representam além de aquisições sedimentações culturais. Mas como pensar o primeiro fazer do Homo Faber, quando o primeiro homem quis fazer os sapatos ou os crepes?

O funcionamento de um agente face ao material:

- um escultor que recorta, corta, pule, lixa a madeira, o mármore para fazer um barco em madeira ou uma Pietá em mármore;
- uma dançarina que modela e mobiliza seu corpo para executar uma coreografia;
- um escritor que reúne as palavras em frases e em capítulos para produzir um romance.

O material poderá ser mais ou menos concreto (a pedra) , tangível (os sons) , imaterial (as idéias). O corpo, ele mesmo poderá ser a matéria, a ferramenta (ele é o protótipo de todas as ferramentas) e também é o produto: o corpo figurado e transfigurado do dançarino.

Um método de análise

O caminho da objetivação resulta em um método que responde primeiro sobre o quê da atividade, sua forma própria e suas características principais. O método não se baseia sobre o que já é conhecido, ele permite organizar o conhecimento. Ele não se refere a um ou outro tipo de atividade, ele deve antes dar conta de todas as atividades possíveis, da tradicional à contemporânea, cada uma segundo seus traços distintos, por onde será possível classificá-las, situá-las em um conjunto.

O método da “table rase” então, que não parte do já conhecido, aquele que procura apenas confirmar e não tende senão a reduplicar. O já conhecido impede de ver, de ver o que temos sob os olhos (coisa particularmente evidente, por exemplo, por ocasião da aplicação dos métodos projetivos). Em um açougue ou numa sapataria, existe um saber ordinário, banal. Entrando nessas oficinas se observam diferentes utensílios, máquinas e equipamentos que dão idéia do que se trata, o que se opera nesses lugares e quais são os resultados. Pode-se observar diferentes operações. Procedimentos que em cadeia levam aos produtos finais: carne e derivados comestíveis e couro para calçados. No desenvolvimento destas operações se desvenda uma lógica, que podem se reagrupar por etapas que se encadeiam até o produto final.

A metodologia centra-se no campo operacional e na cadeia operacional sobre a qual juntam-se os determinantes geoclimáticos, técnicos, econômicos e socioculturais.

O campo operacional

O campo operacional é o lugar onde se desenvolve a atividade. Trata-se de um espaço neutro, não diferenciado ou polivalente, tal como

uma praça pública, ou um espaço arrumado para atividades específicas como uma usina ou uma sala de banho. Dentro deste espaço arrumado, existe uma organização de móveis e objetos que estão dispostos para um fim, observando uma lógica. Materiais, utensílios, instrumentos e máquinas, tendem a formar um todo coerente e que estabelecem uma interface. Uma relação entre o espaço em si e seu exterior, para o acesso de pessoas e de informações.

A análise do campo que traz sobre os materiais, utensílios, máquinas e suas disposições pode fazer apelo de saber já constituído, seja de aquisições da etnologia, abarcando os materiais e utensílios (LEROIS-GOURHAM, 1971), da tecnologia (descrição dos objetos técnicos e filosofia da técnica distinta da tecnociência) da ergonomia para a disposição racional dos equipamentos.

Questões relacionadas ao campo

A aplicação do método para diferentes formas de atividade leva a falar de uma problemática do campo que abrange, entre outras coisas, o estatuto dos materiais e do fechamento do campo em si mesmo. O material entendido como matéria modificada, transformada, fabricada, não se encontra em todas as atividades. Os materiais básicos, sobretudo os necessários, que são a água e o sabão, o combustível do carro não estão sendo levados em consideração. Quando se fala em materiais em uma definição de atividade não se trata necessariamente do material concreto. Pode-se entendê-la no sentido do material para, mas como matéria a ser processada (o material da atividade de um advogado é também, o conflito). A presença ou não do material nos permite fazer uma distinção clara entre as atividades de transformação e as atividades de uso, e o uso das coisas disponíveis na vida cotidiana. O vestir-se, não se resume à fabricação de roupas, como o ciclismo não se resume à fabricação de bicicletas. Assim evocamos as noções de valor de troca, valor de uso ligados à esfera pública e privada das atividades econômicas. Todas as atividades de transformação não são sempre da esfera pública (economia de mercado) elas ainda encontram-se, felizmente, no privado, onde se produz, se fazem coisas, quando pouco se cozinha ou se faz a jardinagem... É que o fazer

para os outros, cuidar dos bebês, e se utilizar de tudo pré- feito, pronta entrega, pronta a comer, a beber – filmes, cassetes, discos e disquetes.

Certas atividades são fundamentais para se entender o campo e suas barreiras. Se geralmente o campo operatório corresponde ao espaço do gesto (Moles e Rohmer, 1972); o que é então, o campo operatório de um veículo, para o ciclista sobre sua bicicleta, para o automobilista no seu carro? É preciso distinguir o campo imediato do operador onde a ação tem, por assim dizer, uma finalidade I, do campo mais amplo da máquina operada, para a finalidade II? Outro exemplo ainda mais marcante: o operador na sala de controle aéreo que faz um determinado gesto, gira uma alavanca, encaminha um sinal. Através do dispositivo dos quadros, botões, alavancas, bem tangíveis, diretamente acessíveis e não podemos ver facilmente os efeitos, efeitos de porte consideráveis. Existe um de dentro e um de fora sem que exista uma medida comum.

Esta particularidade do campo com um primeiro círculo imediato e um segundo mais vasto, encaminha à análise do conteúdo. O primeiro círculo, o do espaço do gesto, é a dominância motora e cognitiva das ações que tendem a passar abaixo do nível consciente. Enquanto o segundo círculo, de dimensão puramente cognitiva, é necessariamente de nível consciente. Diz-se, além disso, que o objetivo, além do efeito da reeducação, será de reinstaurar a atividade corrente por novas aprendizagens, fazendo-a passar às orlas da consciência, de sorte que, o que o menor gesto tem de penoso venha a ser atenuado.

A cadeia operatória

A cadeia operatória é o desenvolvimento das operações, a sucessão das etapas da atividade. Precisar, dentro da ordem, as diferentes etapas e distinguir os elementos próprios, é a base da análise que deve primeiro responder à questão: de que se trata?

As etapas são os estados sucessivos de um processo. De maneira figurada, são os momentos de um percurso obrigatório, ou os lugares por onde se passa para executar a atividade; que são descritos em termos de tempo ou de espaço (encaminhamento, percurso, seqüência).

Elas se encaminham para um objetivo, sendo ordenadas e vetorizadas.

As operações são ações com finalidades próprias. Elas são as unidades de ação significantes constitutivas das etapas. De imediato, a ordem do agir (serrar, aplainar, pregar) responde ao **como** da atividade. Cada etapa conta com um número de operações, que, certamente, podem ser reprisadas de uma etapa à outra. Acontece também, de uma etapa se limitar a uma só operação, por exemplo a cardadura na preparação da lã.

De maneira esquemática, toda atividade poderia compreender três etapas: a preparação, a execução, a conclusão. Esse recorte arbitrário permite discutir os limites da cadeia. Quando a atividade começa e quando ele termina? A preparação e a conclusão constituem as etapas, tanto que, elas não se aplicam indiferentemente a um número indeterminado de atividades, assim como compreendem o fazer as operações próprias. É o caso, digamos, da limpeza dos pincéis para a pintura à óleo. Um esquema de cadeia em três tempos não pode estar explícito antes de ter identificado as operações. Se se compara, por exemplo, a grande faxina ao penteado, teremos:

Grande faxina: (1) desocupar os cômodos, (2) limpar, reparar, (3) colocar de novo no lugar.

Penteado: (1) escolher o modelo, (2) molhar, modelar e secar os cabelos, (3) limpar com precaução se existir lugar, ordenar, arrumar.

Há o realizar aqui as atividades de uso onde não existe mais o material trabalhado (a não ser o cabelo, na arte do penteado), o que é diferente das atividades de transformação cujas etapas obedecem a um recorte estrito. As atividades tradicionais são um bom exemplo. É bastante fácil de se remunerar as etapas, por exemplo, da olaria, da marcenaria ou da tecelagem (preparação dos fios, montagem, tecer, cortar e desmontar), mesmo se sem esquecem os termos técnicos. As atividades tradicionais têm certamente um valor metodológico. Os materiais se encontram em estado bruto (terra, madeira, couros, fio, metal), as ferramentas são fixadas na perfeição de suas formas (a navete, o martelo ou a enxada não podem ser melhorados), as operações põem em evidência o encontro das ferramentas e materiais com ou sem choques ou batidas, as etapas conduzem certamente, para o produto final.

Noção de Estrutura

Para que exista a idéia de estrutura, esta deverá estar ligada à ordem das etapas. A atividade será dita estruturada ou não conforme esta ordem esteja mais ou menos presente. A estrutura, a qual é aqui questão, aborda o desenvolvimento de uma atividade e não as suas exigências ou implicações, aquelas que compreendem a análise do conteúdo. A estrutura não é complementarmente simétrica, como a cognição está para a imaginação e a inteligência para a sensibilidade. Esta imposição poderá crescer à medida que avançamos nos passos, nas etapas da atividade. Na fabricação de um bolo, por exemplo, é impossível se retroceder. Quando já no meio só da para ir para a etapa do assar, que fecha o processo. A mistura está, então, fixada, não podemos retorná-la, o sólido plástico da massa tornou-se sólido estável. Só os alquimistas sonham com o “descozinhar”...

A análise pode liberar diferentes modelos de estrutura notadamente a estrutura em tríade, já mencionada (preparação - execução - conclusão), que poderia provir do modelo lingüístico, no qual as etapas correspondem à ordem lógica dos elementos de uma frase - sujeito, verbo e complemento (dimensão sintagmática), enquanto as variantes possíveis no seio de cada etapa correspondem às diversas substituições desses elementos (dimensão paradigmática). Isto permite comparações entre diferentes atividades no que se refere ao número e à ordem das etapas (dimensão sintagmática) como para o exemplo da grande faxina e do penteado. O modelo pode também mostrar as variantes no curso de uma mesma atividade ou seja, por uma determinada etapa, de operações diversas, cujo efeito é semelhante, como por exemplo: serrar, rachar, aplainar ou raspar no trabalho da madeira (dimensão paradigmática).

Insistir sobre as relações, operações e etapas, etapas e estrutura, não é supérfluo. Essas noções, diretamente ligadas à coerência e a progressão da atividade, vêm esclarecer a dinâmica que se encontra na base da intervenção da terapia ocupacional. O que é se entregar a uma atividade que podemos qualificar de humana, seja nos bordados, no vô livre, na cultura hidropônica ou nas palavras cruzadas, se não se engajar em um processo simples ou complexo que vai ao encontro de alguma coisa que tende à sua realização? E é

necessário que a Terapia Ocupacional se torne um reservatório da atividade humana? Pode-se questionar face à invasão da lógica das máquinas, da automatização produtivista, da racionalidade gestonária que invadem nosso dia-a-dia.

Os meios de produção automatizada de hoje em dia ao contrário das atividades tradicionais, tendem a apagar os caracteres distintivos da atividade, no sentido de que não existe mais reservas de materiais, só a produção em fluxo. Não existem mais etapas e na extremidade dessa cadeia poderá resultar não importa o que. Sem estoque no início, sem depósito no final, tudo é vendido com antecipação, distribuído nessa medida. Há um fazer aqui de cadeia em cadeias que se confinam umas as outras, onde tudo se transforma, se troca, se recicla, um vasto intestino que circunda o globo graças à mundialização da mercadoria. Estas cadeias obedecem à lógica das máquinas informatizadas. As etapas da atividade desaparecem, só existem então, tarefas, mais precisamente unidades de ações mínimas. A operacionalização tende a fragmentar as operações tais quais realizadas pelo humano. O robô decididamente, corta mais fino...

Noção de conteúdo

O campo operatório e a cadeia operatória, com sua nítida delimitação e a identificação exaustiva dos elementos que se interligam, vão facilitar a análise de conteúdo. Podemos chamar *conteúdo*, as implicações e exigências da atividade e seus efeitos sobre o sujeito. Um sujeito, ainda abstrato, visto como receptáculo possível das incidências da atividade: exigências motoras, sensoriais, cognitivas, afetivas, relacionais (estas dimensões são conhecidas), efeitos de estimulação, descontração, valorização etc. Se podemos descrever, sempre num andamento de objetivação, certos efeitos de uma certa atividade, estes vão depender da resposta do sujeito. Aqui se faz a junção entre o objetivo e o subjetivo, o que é a atividade, o que ela traz e como podemos nos empenhar. E é neste ponto de junção que poderão ser destacadas as contribuições terapêuticas da atividade ainda concebidas para sujeitos apresentando diversos tipos de problemas e não para pacientes.

Os determinantes da atividade

A análise dos componentes recai sobre os fatores objetivos da atividade, projetando os fatores subjetivos, notadamente o afetivo para a análise de conteúdo, e, não levando em conta as condições que tornam as atividades possíveis. Falar do possível da atividade, é colocar em contexto, englobando lugar e clima, os meios materiais, o sistema de mutação, a organização social, as representações e experiências de uma cultura, de seus usos e seus valores.

Englobando o espaço geográfico e humano onde o sujeito agindo é compreendido, inserido no coletivo, onde o sujeito e suas obras são parte de um tempo e de um lugar e onde as realizações coletivas são elas mesmas situadas e datadas. Isto que inclui o sistema dos tratamentos de saúde, onde a terapia ocupacional é um componente, sistema que é de uma época, que reflete uma visão do mundo. É o que se pode chamar de um olhar antropológico.

Fatores geoclimáticos

Os fatores geoclimáticos, técnicos, econômicos e socioculturais que determinam a atividade são interligados, eles fundam o sistema. Saber que a vela precisa de vento, assim como para a pipa, e que as plantas precisam de luz, não é suficiente. Falta entender como, por exemplo, as condições rigorosas do Grande Norte exigem técnicas particulares, dentro de uma economia estreitamente ligada aos recursos limitados do meio, como os conhecimentos culturais, usos e representações, ritos e mitos, vão de certa forma lubrificar o funcionamento do conjunto e dar-lhe um sentido.

Aspecto Técnico

Se o aspecto geoclimático parece evidente, o aspecto técnico não é tão simples. Primeiramente, uma questão de linguagem: a técnica pode significar procura do efeito eficaz dentro da ação (o que inclui até o trabalho), ela reenvia ao conjunto das ferramentas colocadas entre o homem e seu meio, enquanto a tecnologia, em seu sentido mais comum, é a ciência colocada a serviço da técnica

e, no sentido literal, a filosofia da técnica. A técnica, em relação a atividade, compreende os meios de ações. Esses meios vão do corpo em si até as máquinas “inteligentes”: ferramentas, máquinas, aparelhos e conjuntos de máquinas, é o mundo colocado ao alcance da mão, o mundo dos utensílios. Aos meios de ação, podem também, se acrescentar o know-how.

Considerar o aspecto técnico permite a identificação de níveis, de acordo com uma classificação cômoda, ainda que discutível, a das atividades da automanutenção, fixadas desde a origem do mundo e adquiridas desde a juventude. Aqui o sujeito não pode se entregar a outros, nem a máquinas para se lavar, se vestir e se possível, para se fritar um ovo! As atividades domésticas são de nível artesanal, se bem que elas tendem a ser infiltradas pela lógica produtivista por dentro, por máquinas tão eficazes como complexas, e por fora, pelos novos servidores que são os serviços. Contudo, a casa pode continuar sendo um pequeno domínio mais ou menos preservado, onde os habitantes podem encontrar o que fazer. As atividades de produção têm seus custos, suas complexidades, suas justificações. Ela são interligadas à técnica, à econômica, ao sociocultural, e elas têm repercussão sobre o tratamento de terapia ocupacional. Sem renunciar aos equipamentos, os mais sofisticados, por mais que sejam úteis, é necessário saber utilizar os meios que se encontram ao nosso alcance, se não nos tornamos inaptos para trabalhar em outro local que não seja em nossa sociedade tecnológica, chamada avançada, mesmo trabalhando em suas margens, com nossos esquimós, por exemplo. O que iria contra uma certa tradição da terapia ocupacional que sabe tirar partido quando se apresenta a condição de fazer fogueira com toda madeira.

Existe aí, uma economia dos meios, uma opção para a simplicidade no desembaraço que poderia se definir “ética da bricolagem” (saber se virar), coisa que não deve ser publicada quando se sabe que o que não custa caro, não tem valor.

Aspecto econômico

Do econômico, as noções de base são conhecidas: atividades de produção do setor público (economia de mercado), tendo valor de câmbio, e atividades de reprodução do setor

privado, tendo valor de uso, (nascimento e educação das crianças, trabalhos domésticos e pequenas produções a caráter artesanal, o todo não tendo valor monetário). Sobre isso, pode-se acrescentar o valor de signo ligado ao consumo ostentoso, consumo para aparência e consumo da aparência, da embalagem, da imagem do objeto, das imagens - objetos (BEAUDRILLARD, 1972). Na prática da terapia ocupacional a questão é de economia no custo das atividades realizadas e na gestão de um serviço, porém, mais ampla e de forma mais urgente, a questão econômica no que tange ao valor das atividades, esta no sentido da reintegração ao trabalho. Preparar o paciente a retornar ao trabalho teria sentido quando o trabalho não tem mais sentido? Enorme é a questão do trabalho: raridade, desvalorização, desqualificação, defasagem crescente entre o alto e o baixo da gama dos empregos, precariedade, serviços ocultos. A automatização dos meios de produção, com potencialidade em crescimento, tende a aumentar o desemprego (trabalhadores em número excedente) ou, pelo menos, a diminuir as horas de trabalho conseqüentemente disponíveis, trabalhos divididos, os empregos de meio expediente, ou possivelmente uma simples prestação de serviço por cada trabalhador, à sua conveniência, e após entendimento com o empregador. Assim, as carreiras serão certamente outras, o tempo livre poderá aparecer como o essencial da vida ativa, abrindo espaço necessário às atividades autônomas (GORG, 1988). Mas o que fazer de todo este tempo? Eis a pergunta. Como ficar livre com todo este tempo livre?

Fatores Socioculturais

O sociocultural é uma noção envolvente tocante ao coletivo: o *social*, propriamente dito, tipo de sociedade (liberal industrial ou pós-industrial para a nossa), organização social (divisão dos poderes e função) e regras de funcionamento inscritas nas leis (instituições), e o cultural com suas regras de conformidade transmitidas através do exemplo, o cultural que toca aos usos e às representações, o que cada cultura em si manifesta em suas obras e os valores de civilização às quais ela adere.

Assim, não tem atividade que não seja modelada pela cultura e cada atividade deve encontrar sua justificação cultural. Uma mesma atividade não é aceita da mesma maneira de um meio cultural à outro e de uma subcultura à outra (subcultura de grupos, os adolescentes por exemplo, subcultura familiar religiosa, profissional).

O terapeuta ocupacional deve se adaptar à cultura do paciente (Krefting, 1991), ele deve se aculturar de certa maneira para uma ação, uma intervenção mais eficaz que terá em retorno efeitos aculturantes. Entender melhor, por exemplo, os pacientes da subcultura italiana de Montreal, conduz a uma melhor integração destes ao meio cultural norte-americano. Porém, nossa própria cultura estando em evolução, suas manifestações pelo menos estando flutuantes, o terapeuta ocupacional deverá escolher atividades levando esse aspecto em consideração. O que não o impedirá de recuo face à sua própria cultura, que não é a única cultura, nem válida para todos, além de que, parece que estamos indo em direção a uma diferenciação cada vez mais marcada (retorno dos nacionalismos, reativações dos fundos culturais antigos, retomados no contexto contemporâneo: o retorno ao mundo céltico, o avanço de nossos nativos). À mundialização da cultura, americana no momento, responderia uma diversificação generalizada.

Uniformização e singularização, as duas tendências ao mesmo tempo (cavaquinho com a guitarra elétrica, o banjo com o violão, a flauta dos Andes com a bateria de Jazz): amanhã nós seremos todos mestiços.

A passagem para a terapia

Em terapia, o estatuto da atividade se coloca em primeiro lugar, em termos de finalidade e de especificidade. As atividades às quais o terapeuta ocupacional tem como recurso, não são em si mesmo terapêuticas. Tratando-se de artesanal, de jogos ou de lazer, essas atividades já existem. Elas pertencem ao lote comum, elas procedem de uma habilidade profissional comum ou de uma habilidade profissional mais ou menos especializada. Elas são incluídas dentro de uma ou outra área de atividade humana. Isto, fora de suas contribuições possíveis à terapia.

A atividade utilizada em terapia conserva sua coerência, no sentido em que se pode ainda identificá-la, e ela não perde sua finalidade, no sentido de que, por exemplo, trabalhar com marcenaria é produzir objetos de madeira. Pode-se ainda, sustentar que a visão terapêutica deixara em suspenso a primeira finalidade, reporta-a. A terapia introduz uma segunda finalidade e transitória. Falar sobre essas atividades com meta terapêutica, não traz dificuldades. Trata-se então de explorar os efeitos sobre o agente, o sujeito da terapia, da atividade em seu desenvolvimento ou pela sua conclusão. A reaprendizagem da escrita poderá ser efetuada de forma gradual, a partir de recortes por frases, as quais serão esquecidas, passarão ao infraconsciente, quando o sujeito escreverá de novo espontaneamente (primeira finalidade dessa atividade), como cantar uma ária sem precisar lembrar-se das notas. Mas podemos falar, sobre uma tal situação, de escritura terapêutica?

O terapeuta ocupacional, certamente não se identifica com as atividades que ele contribui para o seu andamento. Ele não é o terapeuta do couro, da cerâmica ou do vime. Ele se separa das formas de terapia tais como a arte ou a música-terapia. Ele não responde como detentor de uma terapia de meio específico, que supõe o domínio deste meio, ainda que este último, continue ambíguo por sua procedência, não sendo nitidamente diferenciado (o que é a pintura, a música terapêutica?), o que não é o caso da cirurgia, por exemplo, destacada outrora, da profissão de barbeiro-cirurgião!

Falar de atividades com finalidades terapêuticas, é falar claro. Se insistimos em falar de atividades terapêuticas, temos de entender no sentido de um **construído**, de uma organização. O perigo aqui, seria de esquecer sobre o que construímos, ou seja, as atividades bem caracterizadas e situadas dentro de um espaço e de um tempo (“o topo-tecno-econômico-sociocultural”).

A meta geral do tratamento da terapia ocupacional que consiste em tornar “apto a” ou tornar de novo “apto a” exige uma organização da atividade. Organização por recortes, gradação, processos de facilitação. Balizagem de um percurso que o paciente não é, ou não é mais capaz de realizar sem balizas. Tornar apto a fazer, é despertar as potencialidades (Étienne, 1991), tornar apto a fazer,

é atualizar um poder-fazer. Este poder-fazer, conforme o caso, é ligado a uma fase de reconstituição, do acondicionamento do equipamento biológico, da retirada dos primeiros obstáculos, ou seja o **curativo**, seguido de uma fase de retomada da atividade, de reconquista das áreas de vida, ou seja o **integrativo**.

A análise do campo e da cadeia permite abraçar de uma só vez os diferentes pontos onde existe organização possível, indo a partir da disposição dos locais, até as operações e etapas. A isso, vai corresponder a análise de conteúdo. E é este conjunto de fatos que poderá ser levado em consideração colocando-se desta vez, do lado do sujeito, o **quem** da atividade que interessa ao terapeuta ocupacional em primeiro lugar, ou seja, o paciente. Qual o percurso que teremos de lhe preparar e através de quais atividades e sob quais condições.

Um olhar sobre a terapia ocupacional, tal qual ela é apresentada no decorrer dos anos, leva ao destaque de três dimensões, três tendências, podendo ser consideradas, como três tempos mais ou menos situados historicamente:

- o curativo- levantar os primeiros obstáculos (cura não no sentido de cura a longo prazo, mas, do que é necessário de se iniciar em primeiro. Limpar um ferimento como limpar uma fonte) em terapia ocupacional, como se diz, dar novamente a função, o que fez da terapia ocupacional uma espécie de subfisioterapia;
- o integrativo- favorecer o retorno do paciente à sua vida do dia-a-dia em seu meio habitual, essa tendência que podemos qualificar hoje de ecológica, poderia fazer da terapia ocupacional uma espécie de sócio-educador;
- o suplementar- contribuições de ajudas técnicas e outras substituições, adaptações que tenderiam a fazer do terapeuta ocupacional um tipo de engenheiro, engenheiro da diferença.

Essas três dimensões continuam ligadas na intervenção da terapia ocupacional e é pela atividade que elas se confluem. No curativo, a volta à atividade faz da terapia ocupacional uma terapia ativa, não ativando-se através de exercícios ou submetendo-se à ação de aparelhos, mas engajando-se em atividades que têm efeitos de mobilização e de

reintegração. A atividade possui uma forma que indica a sua realização, uma “forma formante”. **A atividade é então, dinâmica e dinamisante (existe dinâmica intra-atividade e dinâmica inter-atividade: as atividades se chamam entre si).** Não se toca impunemente em um bastão de golfe ou em uma pinça de filatelista sem se tornar fã: isso transborda, vibra. Se entregar à atividade é se expor, não é como tomar um remédio testado e aprovado. Essa dinâmica da atividade é iniciada em condições particulares. A organização da atividade no quadro do tratamento constitui o que podemos chamar de uma situação de experiência controlada, com efeitos imediatos e efeitos a longo prazo. A situação de atividade modifica o que vem, ressoa sobre as condutas a vir. Ela pode constituir conhecimentos duráveis aos quais o sujeito adere. Ela adquire então, valor educativo. O aspecto integrativo da intervenção interessa ao paciente em seu modo de vida, seus hábitos, seus interesses, seus valores, como às suas práticas, práticas tornadas possíveis ou facilitadas, organizando os locais ou adaptando os objetos. Aqui, o suplementar encontra lugar: ajudas técnicas, adjuvantes mecânicos ou eletro-mecânicos diversos.

O terapeuta ocupacional deve significar, todavia, crítico face ao mundo da tecnologia. Não se pode começar do zero com o computador, o computador que faz tudo, o computador tornou-se equivalente geral de toda atividade (como o dinheiro é o equivalente geral de todo bem). O robô pode ser também uma miragem. Que se faça tudo através da máquina, que o robô faça tudo no lugar do paciente, por que não? Então por que tratar o paciente? Por que não refazê-lo de novo... por clonagem?

O sujeito deve permanecer agente de sua atividade. Deve-se preservar o fazer, quanto mais existir o fazer, mais razão de ser da Terapia Ocupacional. **Que a intervenção da Terapia Ocupacional passe pelo corpo, é da ordem da evidência.** Ela se destina a um ser que possui mãos (a espécie **homo** não parece querer se desfazer proximamente, de seus apêndices). Mas o que é ter mãos? O que é esta banalidade? Quem perdeu suas mãos ou quem não as tinha ao nascer, não esta colocado, por isso, como tendo ou lidando com as condições manuais. Esta justamente aí o problema e a razão pela qual a terapia ocupacional pode intervir. Acontece que isto sempre seja levado

ao limite, o mínimo equipamento motor e sensorial, ainda necessário, para continuar humano. O que resta do fazer, nesta extremidade, é pelo menos o sentido. A operação mental não se pode manifestar somente por intermédio de imagens ao chamar as palavras. É com a imagem das construções bem concretas externas que se pode construir na sua mente.

Conclusão

A pesquisa dos meios mais eficazes, do refinamento das ferramentas de análise, longe de impedir a reflexão, pode ordenar saídas inesperadas sobre o que está em jogo na atividade. **A noção da etapa aparece aqui particularmente significativa. A etapa como um dos estados de um processo, mais precisamente como um todo provisório de um grande todo em via de completude. A etapa é então, hierarquizada e temporizada. Envolvida no lance da meta perseguida e submetida ao constrangimento da ordem a seguir, a atividade encontra sua dinâmica. A etapa age como contraforça.**

O entalhamento das etapas, suas passagens sinuosas vão canalizar e conduzir para uma boa conclusão a força louca, o jato bruto do agir. Força e contraforça são os elementos constitutivos de toda dinâmica.

Fica a questão do sentido, por que esta atividade e não outra, esta atividade precisa, aqui, neste momento? É então que o terapeuta entra em ação, e ele deve saber julgar e guiar agindo em seu devido tempo. Sabendo que o sentido é o outro, o sentido provém do contexto, é o que leva, carrega, mostra, privilegia, valoriza a cultura ambiente. A terapia ocupacional não tem por missão assegurar uma saúde particular a cada um de seus pacientes.

Ela não pode conduzi-los fora da condição comum, de sorte que, se há uma saúde ela é a mesma para todos.

Resta a última questão do indivíduo e de sua margem de ação, se existe margem de ação, margem de ação ou autonomia, para empregar uma palavra possivelmente perigosa. **Se existe autonomia, ela deve poder se traduzir em uma atuação própria, que não procura justificação e necessita só de um pouco de espaço.**

Entre as atividades **do si próprio**, do cuidado que se deve (“**se** levantar, **se** lavar, **se** vestir “) e as atividades para os outros, entre o utilitário e o ganhapão, seria necessário organizar um tempo para as atividades **para si**, àquelas destinadas para o prazer, para o sonho, para se manter vivo.

Referências Bibliográficas

BAUDRILLARD, J. *Pour une critique de l'économie politique du signe*, Gallimard, Paris, 1972

ÉTIENNE, A *L'activité en Amérique du Nord: évolution vers une science de l'éducation*, *Journal d'Ergothérapie*, Masson, Paris, 1991, 3,48-53.

GORZ, A *Métamorphose du travail quête du sens*, Galilée, Paris, 1988

KREFTING, L. *The culture concept in the everyday practice of occupational therapy*, *The Quarterly Journal of Developmental Therapy*, 1991, 4, 1-6

LEROI-GOURHAN, A *L'homme et la matière*, Albin Michel, Paris, 1971.

MOLES, A, ROHMER, E. *Psychologie de l'espace*, Casterman, Paris, 1972.

Reabilitação psicossocial: ***O olhar de uma terapeuta ocupacional usando lentes sistêmicas***

Autora

Cecilia Cruz Villares

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Mental pela UNIFESP. Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde Mental do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Endereço

Departamento de Psiquiatria UNIFESP
 R. Botucatu, 740 3º andar
 04023-900 - São Paulo SP
 e-mail: cvillares@psiquiatria.epm.br

Resumo

Esse texto traz algumas idéias para pensarmos a questão da reabilitação psicossocial de um lugar onde seja possível integrar os enquadres terapêutico e social, o conhecimento do profissional e do leigo, e buscar a co-construção de uma prática sistêmica, reflexiva e comprometida com uma posição de responsabilidade social.

Apresento aqui caminhos abertos aos terapeutas ocupacionais, que, ao assumirem o compromisso de desenvolver uma clínica vinculada ao contexto social do cotidiano poderão se tornar terapeutas legitimamente construtivistas e exercer um papel importante na articulação de soluções possíveis para a implementação de redes formais e informais de inserção social àqueles que por motivos de doença, incapacidade ou desvantagem se encontram marginalizados ou excluídos.

Palavras-chave

Terapia ocupacional - reabilitação psicossocial
 – saúde mental – modelos

O contexto e a questão

Nos últimos dez anos tenho trabalhado num serviço de atendimento ambulatorial dedicado à assistência a pessoas portadoras de transtornos

psicóticos, na sua maioria com um diagnóstico de esquizofrenia. Esse serviço, o PROESQ (Programa de Esquizofrenia), desenvolve-se no Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. A equipe integra profissionais com diversas formações que lá realizam assistência, ensino e pesquisa. A terapia ocupacional é um recurso terapêutico respeitado nesse serviço e tal reconhecimento vem sendo construído principalmente através do trabalho consistente das especializadas do curso de Terapia Ocupacional em Saúde Mental que há mais de dez anos se desenvolve no Departamento. Vejo a minha tarefa de supervisora como principalmente a de criar condições para a continuidade do trabalho desenvolvido, promovendo uma reflexão constante sobre essa prática e auxiliando a registrar a história deste percurso dentro da própria história do programa.

Penso que existem algumas condições básicas para que possamos realizar um trabalho reflexivo. Eu acredito que a validação do outro, através do respeito à sua maneira de pensar e realizar um trabalho é uma dessas condições.

Eu sinto que no PROESQ eu venho conquistando, ao longo destes anos, a possibilidade de me tornar, nesta equipe, o que CECCHIN (1998) chama de uma “terapeuta irreverente”: praticar um constante questionamento e manter a curiosidade a respeito de minhas (e nossas) crenças, modelos e formas particulares de práticas. Essa posição nunca é confortável. Na verdade, provoca pequenas (e às vezes médias e grandes) crises!

Mas hoje não vejo outra maneira de ser terapeuta tão satisfatória quanto esta. Então, a partir desta experiência pessoal gostaria de apresentar algumas idéias a respeito da questão da reabilitação, idéias que foram se colocando para mim na medida em que venho modificando minha postura diante do que seja “conhecer” e sentindo minha prática se ampliar diante destas mudanças.

Este é, evidentemente, um texto na primeira pessoa. Desde já, esclareço que a “irreverência”

proposta por CECCHIN nada tem a ver com irresponsabilidade. Ao contrário, essa posição irreverente nos torna ainda mais responsáveis por tudo que pensamos, criamos e prescrevemos, pois é uma posição construída em interação (uma *co-construção*), em que dividimos a responsabilidade pelos contextos que emergem nas interações terapêuticas e profissionais e buscamos uma coerência que provém do *contexto interativo significativo* (CECCHIN, 1998, p. 113).

O que eu ofereço então é uma maneira de pensar e agir que espero ser útil para a discussão da reabilitação, principalmente sob o ponto de vista de nossa responsabilidade social como terapeutas buscando uma prática crítica.

Perguntas irreverentes

Como as questões sempre nascem de experiências, lembro que anos atrás, em um Congresso de Psiquiatria (Caldas Novas, GO, 1994), falando num Simpósio sobre Esquizofrenia, abordei o tema da Reabilitação Psicossocial partindo de quatro pontos principais:

1. O vínculo histórico entre a terapia ocupacional e a reabilitação em psiquiatria.
2. A dissociação entre tratamento e reabilitação: onde se situa a reabilitação?
3. O que a reabilitação realiza?
4. Parâmetros qualitativos para avaliar a reabilitação.

Continuo achando esse um caminho possível para abordar o tema. Nesse sentido, procurei escrever a respeito da articulação do eixo tratamento-reabilitação e de parâmetros qualitativos para avaliar a reabilitação num capítulo sobre terapia ocupacional em esquizofrenia (VILLARES, 1998). No entanto, hoje vejo algumas questões talvez anteriores a essas formulações. Tentarei torná-las questões úteis para todos os leitores desse texto.

Em primeiro lugar, de qual “reabilitação” estamos falando? Qual o modelo?

A cada vez que se propõe o assunto *reabilitação* em reuniões de equipe, eu me pergunto quais são as idéias que todos ali têm sobre o que seja essa reabilitação, mesmo quando todos supostamente falam de uma “reabilitação psicossocial”: estaremos compartilhando das

mesmas premissas? Parece que a mesma palavra é usada para expressar propostas muito diversas. Numa ponta estão, por exemplo, os conceitos representados pelo modelo de reabilitação psicossocial propostos por ANTHONY et al. (1990) sustentando que o tratamento visa à diminuição de sintomas e a reabilitação ao aumento do *funcionamento* do paciente. Em consonância com essa visão, McGLASHAN (1994) afirma que:

“A Reabilitação enfoca a adaptação e a capacidade funcional, em oposição à doença e à psicopatologia. Estratégias de reabilitação dirigem-se aos recursos dos pacientes, aos talentos existentes e às possibilidades para lidar com a doença que minimizem a incapacidade.”

Noutra ponta estão as idéias contidas em modelos como por exemplo a proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS):

“...é a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhes fossem oferecidas outras condições de vida, nas quais as barreiras fossem atenuadas ou removidas.” (BERTOLOTE, 1996, p. 156).

Ou na definição da Associação Internacional dos Serviços de Reabilitação Psicossocial:

“...o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível, de autonomia do exercício de suas funções na comunidade” (PITTA, 1996, p. 19)

Onde encaixar então a concepção da reabilitação como uma postura ética?

“...é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados” (PITTA, 1996).

“...uma questão ética de toda a sociedade” (SARACENO, 1996, p. 13).

O problema é que as discussões sobre qual estratégia, técnica ou atitude de reabilitação a ser implementada ocorrem normalmente em um enquadre institucional. E se falamos de ações políticas ou atitudes éticas como propõem, por exemplo PITTA e SARACENO, citados acima, logo percebemos que a tradução destas ações em

intervenções objetivamente eficazes, válidas, reprodutíveis, economicamente viáveis etc., esbarra em incompatibilidades epistemológicas básicas. Empreendemos então desgastantes argumentações sobre a validade e a aplicabilidade de nossas idéias – em geral, porque estamos preocupados em defender nossos territórios intelectuais e arsenais técnicos – ou então sobre a viabilidade de acolher, em nossos enquadres, alguma intervenção *não* clínica... e terminamos por não refletir sobre como construímos idéias fundamentais, por exemplo, sobre o que seja doença, tratamento, cura ou inserção social.

Penso que refletir sobre a aparente polaridade entre modelos de reabilitação e o alinhamento dos profissionais frente a essas proposições pode ser um bom ponto de partida para entender sobre o que significa “conhecer” a partir de premissas modernas (mecanicistas, cartesianas) e pós-modernas (sistêmicas, construtivistas) e da possibilidade de encontrar um caminho para a reabilitação através desta visão pós-moderna. Eu imagino que isso pode ser útil para que se estabeleça, no campo da saúde mental, uma estratégia de ação que integre profissionais, portadores de doenças mentais, seus familiares e a rede social de maneira mais ampla.

Conhecimento e Tratamento em Duas Visões-de-Mundo

A representação dualista do mundo é uma visão produzida pelo pensamento moderno, marcado pelo paradigma cartesiano. Separamos o racional do emocional, o sujeito do objeto, a “realidade interna” da “realidade externa”, e assim por diante. Nesse tipo de visão, são predominantes as construções disjuntivas do tipo “*ou* isso *ou* aquilo”. A crença na objetividade científica é também um produto deste tipo de visão-de-mundo. O objetivo do conhecimento científico é a conquista de fatos inegáveis, a busca da verdade. O conhecimento busca a natureza essencial das coisas.

O pensamento pós-moderno vem propor que aquilo que denominamos realidade objetiva é uma co-construção permanente, determinada pelas relações que estabelecemos num contexto do qual fazemos parte. As fronteiras entre o que

convencionalmente chamamos de subjetivo e objetivo, por exemplo, são recortes possíveis de uma narrativa construída através de relações de distinção que cada um procede ao construir um determinado conhecimento. A realidade não existe enquanto uma entidade ou verdade universal. Nessa perspectiva epistemológica, o conhecimento parte da auto-referência e não cabe a separação, por exemplo, de um objeto de estudo do sujeito que estuda esse objeto. A pós-modernidade propõe buscar o conhecimento na diversidade, no relacional, nos contextos e nas múltiplas perspectivas. (LAX, 1998)

FRUGGERI (1998) sugere que precisamos deslocar o foco da tradição dualista de sujeito e objeto para abordar o processo do conhecimento, não esquecendo que o conhecimento é uma construção social. Ao adotarmos esta posição estamos desenhando um novo referencial no qual o dualismo pode ser superado. Passamos então a formulações do tipo “*tanto* isso *como* aquilo”, em que a postura é a de compartilhar possibilidades ampliando narrativas, e não substituindo ou criando oposições.

Superando as Representações de Oposição

A idéia de contrapor modelos “opostos” de reabilitação parece ser possível de ser superada ao examinarmos o que sustenta cada modelo e quais as alternativas para o desenvolvimento de práticas baseadas nessa nova epistemologia.

Começemos por fazer algumas perguntas:

- Em primeiro lugar, quem propõe um determinado enfoque para uma abordagem de tratamento ou reabilitação, fala a partir de onde?
- Existe uma distinção entre tratar e reabilitar? Quem propõe essa distinção?
- Quando tratamos, o que tratamos?
- Pode haver alternativa para um modelo de tratamento centrado na patologia e na deficiência?

A meu ver, o modelo psicossocial quando propõe que a reabilitação é da pessoa e não do doente, não resolve a questão da dualidade entre sujeito e objeto, doente e doença, assim por diante. Este modelo parece buscar uma solução retirando a questão da reabilitação do contexto de

tratamento, encaminhando-a ao “social”. Lê-se isto nas idéias de que a reabilitação não aborda a doença, mas a incapacidade e a desvantagem econômica e social que podem ou não ser decorrentes da doença.

Entretanto, é preciso pensar que qualquer relação entre um profissional de saúde e um paciente se dá num espaço que também é social. Todos os lugares onde se realiza algum tipo de intervenção em saúde mental (hospitais-dia, ambulatórios, centros de convivência, unidades de internação, etc...) são enquadres perpassados pelo contexto social. Como diz PAKMAN (1999, p. 24), “...os discursos sociais atravessam e transcendem as paredes invisíveis que pensamos poder construir à nossa volta”.

Quando pensamos em tratamento, freqüentemente formulamos um idéia de tratar a partir da ainda dominante tradição mecanicista cartesiana de identificar elementos patogênicos, isolá-los e eliminá-los. As psicoterapias, apesar de utilizarem uma linguagem marcada pelo subjetivo, também operam freqüentemente a partir desses mesmos pressupostos ao localizar no espaço intrapsíquico as questões essenciais para a abordagem terapêutica. Estamos, como diz PAKMAN (1999, p.8), freqüentemente aceitando o convite para exercer uma prática assistêmica, concordando em conduzir avaliações e intervenções baseadas em raciocínios causais simplificadores, nos quais “...as dimensões marginalizadas tornam-se mero ‘contexto’, algo supérfluo em relação ao que a mente é ‘essencialmente’, e sem maiores conseqüências se eliminado...”

Da mesma forma, a idéia de separar tratamento de reabilitação pode ser vista como resultado da visão segundo a qual o tratamento visa abordar os sintomas e problemas relacionados ao transtorno ou doença, e a reabilitação cuida de ajudar a pessoa a “funcionar” com as capacidades e limitações remanescentes. É como se, na contabilidade geral da doença, a reabilitação fosse o aproveitamento do resto de uma divisão singular: uma pessoa, dividida pelo processo de doença, resgatadas as possibilidades através do tratamento, o que sobra é o potencial reabilitável.

Em que momento perguntamos ao paciente ou à sua família como eles vivem aquela experiência

que convencionamos chamar de doença? Que representações eles têm dessa realidade? Quando nos esforçamos para identificar precisamente os sintomas, as deficiências e as incapacidades, que espaço reservamos para perguntar aos nossos clientes como eles fazem para sobreviver e o que eles identificam como coisas que sabem fazer para melhorar suas vidas; enfim, que recursos têm?

Parece inquestionável para todos nós que a doença subtrai da pessoa as suas capacidades. E, embora isto seja possível de se verificar em muitas narrativas de doença, é preciso lembrar que a experiência da doença é sempre moldada culturalmente. KLEINMAN (1988) afirma que as orientações culturais locais – aquelas maneiras aprendidas para pensar e agir que reproduzem a estrutura social de um dado contexto – organizam o nosso senso comum, o *conhecimento tácito* sobre como entender, interpretar, lidar e tratar as doenças. As expectativas convencionais sobre a doença, diz KLEINMAN, são alteradas através de negociações em diferentes situações sociais e em redes particulares de relacionamentos. E estas mesmas expectativas convencionais também diferem segundo as nossas histórias pessoais de vida. Até que ponto estamos conscientes de nossos conhecimentos tácitos quando elaboramos hipóteses clínicas para o tratamento de nossos pacientes?

Quando profissionais de saúde interpretam um determinado problema de saúde dentro de uma nomenclatura ou classificação diagnóstica, criam uma “entidade” – o transtorno (ou distúrbio) clínico ou psiquiátrico. Esse então é o problema a ser tratado, do ponto de vista do profissional. Se o tratamento prescrito não aborda, por exemplo o medo, as crises e os conflitos a partir do significado que a doença tem para o doente e para a família, é grande a possibilidade de uma comunicação ineficiente na relação médico-paciente ou terapeuta-paciente. O que dizer então da possibilidade de pensar em estratégias de reabilitação?

PAKMAN (1999) afirma que “as instituições sociais constróem solidamente os papéis dos atores de uma dada conversação que acontece em um contexto que elas proporcionam. Quando aqueles que estão em conversação, em ambos os lados do ‘balcão’, representam os ‘scripts’ escritos para eles, ativamente participam da recriação de

suas identidades à volta desses papéis alienados ... É tempo de nos perguntarmos: que tipo de 'paciente', 'cliente' ou 'usuário' (como alguns admiradores da teoria de mercado parecem preferir) estamos construindo como parte das instituições de saúde mental pela quais somos formados e que encarnamos?"

Qual é a nossa responsabilidade na criação desses "scripts"?

Penso que nós, terapeutas ocupacionais, possuímos uma enorme afinidade com a perspectiva construtivista porque lidamos, no enquadre terapêutico, com o fazer cotidiano e isso nos coloca sempre em posição de buscar os recursos, utilizar o potencial e o saudável de nossos clientes. Além disso, como costumamos pensar no aspecto da inserção social, temos procurado validar nossa prática através de parâmetros não tão fortemente determinados pelo modelo clínico. Essa posição de certa forma nos coloca em vantagem para articular soluções para a reabilitação. E quando digo 'vantagem', não quero sugerir uma provocação competitiva com outros profissionais de saúde mental, mas apenas um lugar melhor, 'com uma visão mais ampla'. É preciso reconhecer e usufruir desse lugar!

BENETTON (1993/6), por exemplo, propõe que a avaliação da eficácia da reabilitação psicossocial tem de ser feita no social, uma vez que "o propósito final é a inclusão social do excluído" (p.56). Porém, antes desta avaliação, BENETTON nos pergunta:

"A aferição se fará pelo novo ou pelo readquirido? ... Quando um esquizofrênico fica bom? Quando ele volta ao que era antes? Sabemos que ele não volta e com isso corremos dois grandes riscos: o primeiro é mantê-lo para sempre em testes; o segundo é consequência do primeiro, ou seja, é nunca poder considerá-lo reabilitado." (p.56-57).

Penso que esta é de fato uma questão central para pensarmos a reabilitação em saúde mental. Ela nos leva a necessariamente reavaliarmos as premissas, expectativas, conceitos de doença e de cura que as orientam.

Se um dos desafios da reabilitação é o desenvolvimento de uma linguagem própria e de

referenciais teóricos que compreendam as inovações das práticas psiquiátricas mais complexas e articuladas, seria muito útil pensarmos em modelos teóricos que dêem conta da superação desta cisão entre a clínica e o social. E, aproveitando a experiência comum a muitos serviços de assistência psiquiátrica de que a reabilitação vai-se desenvolvendo gradualmente como um conceito incorporado ao longo da prática, eu proponho que nós podemos pensar em modelos teóricos que abarquem esta complexidade se a utilizarmos justamente como ponto de partida.

A utilização de "lentes sistêmicas", metáfora para essa postura construtivista, pode então fornecer guias para a teorização e o desenho desta reabilitação. Listando algumas idéias principais, espero então despertar a curiosidade dos terapeutas ocupacionais que vêm pensando e procurando soluções para a integração de suas práticas clínicas ao cenário social.

- Buscar a superação das dicotomias lembrando que todo ser só existe em relação a alguém.
- Lembrar que todo conhecimento é um recorte e que a objetividade nasce da subjetividade.
- Procurar manter um senso de *curiosidade* como uma postura terapêutica, pois esta propicia a construção de alternativas de ação e interpretação (CECCHIN, 1998).
- Pensar sobre quais são as premissas segundo as quais nos definimos como terapeutas, elaboramos nossas teorias e práticas, modelos e técnicas de intervenção. Pensar também quais são as premissas que orientam as nossas relações interpessoais, sociais e institucionais.
- Saber que as nomeações, os conceitos, as representações, tanto das doenças como dos processos de tratamento, restabelecimento e cura, são narrativas encarnadas nos contextos sociais dos quais fazemos parte. Refletir sobre as nossas concepções é um caminho para estabelecer uma escuta para as histórias de nossos pacientes em que se torna possível a construção de novas narrativas.
- Pensar no tratamento e na reabilitação como a composição de alternativas possíveis. Buscar os recursos, reconhecendo (validando) as competências e soluções propostas pelos pacientes e familiares. Criar situações para que as pessoas se dêem conta destes recursos.

- Estruturar nossos serviços e práticas para criar reflexividade e agenciamento de redes colaborativas formais e informais (PAKMAN, 1999).

E, por fim, lembrar, como bem adverte PAKMAN, que do ponto de vista dos pacientes e seus familiares, nós somos marginais. Pensar como, desde essa posição de marginalidade, se pode criar uma conversação suficientemente forte em que todos estejam interessados em buscar uma solução para os problemas, tecendo redes que aumentem o quanto possível a capacidade destas pessoas de realizar algo em suas vidas.

Agradecendo

Esse texto é um produto, ainda em construção, da reflexão que tenho tido oportunidade de desenvolver em colaboração com todos os colegas do PROESQ, com os pacientes e seus familiares e com as especializadas de terapia ocupacional. A inspiração e o subsídio teórico vêm do curso de formação em terapia familiar do FAMILIAE, um lugar que têm sido fundamental para a elaboração destas idéias. A todas essas pessoas, e ao meu marido, Miguel Jorge, sempre companheiro e disposto a revisar os meus textos, o meu muito obrigada!

Referências Bibliográficas

- ANTHONY, A, COHEN, M. & FARKAS, M. *Psychiatric Rehabilitation*. Boston, MA, Boston University Press.
- BENETTON, J. *Terapia Ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? Revista de Terapia Ocupacional da USP*, v. 4/7, p. 53-58, 1993/6.
- BERTOLOTE, J.M. *Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial*. Em: A Pitta (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Editora Hucitec, 1996, p. 155-158.
- CECCHIN, G. *Construindo possibilidades terapêuticas*. Em: S. McNamee, K. Gergen & cols. *A Terapia como Construção Social*, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1998, p. 106-116.
- FRUGGERI, L. *O processo terapêutico como construção social da mudança*. Em: S. McNamee, K. Gergen & cols. *A Terapia como Construção Social*, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1998, p. 51-65.
- KLEINIMAN, A. *The Illness Narratives*. New York, Basic Books, 1988.
- LAX, W. *O pensamento pós-moderno na prática clínica*. Em: S. McNamee, K. Gergen & cols. *A Terapia como Construção Social*, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1998, p. 86-105.
- MCGLASHAN, T.H. *Psychosocial treatments of schizophrenia: The potential of relationships*. Em: N. Andreassen (ed.). *Schizophrenia: From Mind to Molecule*. Washington, American Psychiatric Press, 1994, p. 189-215.
- PAKMAN, M. *Desenhando terapias em saúde comunitária: poética e micropolítica dentro e além do consultório*. Nova Perspectiva Sistêmica, 13, p. 6-25, 1999.
- PITTA, A. *O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?* Em: A Pitta (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Editora Hucitec, 1996, p. 19-26.
- SARACENO, B. *Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*. Em: A Pitta (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Editora Hucitec, 1996, p. 13-18.
- VILLARES, C.C. *Terapia Ocupacional na esquizofrenia*. Em: I. Shirakawa, AC Chaves & J.J. Mari (Eds.). *O Desafio da Esquizofrenia*. São Paulo, Lemos Editorial, 1998, p. 183-196.

O exercício da clínica da Terapia Ocupacional na especialização profissional

Autora

Silvia Helena dos Santos

Terapeuta Ocupacional com especialização em Saúde Mental pela UNIFESP e especializanda pelo CETO.

Endereço

Rua Alfredo Penido, n 02
CEP: 12570 – 000 / Aparecida – SP.
Fone: (12) 565 – 25555

Resumo

Como proposta disciplinar do CETO apresentamos uma discussão de um atendimento em terapia ocupacional, no qual, durante o processo terapêutico, é possível a construção de novos caminhos tanto para o paciente como para a terapeuta. Mesmo encontrando algumas delimitações clínicas e teóricas no exercício da profissão, nos atendimentos grupais e individuais não perdemos as sutilezas dos acontecimentos, o que se transformou em uma importante experiência durante o processo de formação.

Palavras-Chave

Atividades – processo terapêutico – trilhas associativas

Introdução

Refletir e escrever sobre a assistência em terapia ocupacional durante o processo de formação é uma tarefa complexa, mas ao mesmo tempo, muito valiosa e prazerosa. A complexidade encontra-se, muitas vezes, quando nos deparamos com dificuldades conceituais e de como utilizar o nosso instrumento de trabalho – as atividades. Benetton (1994) define as atividades como “o terceiro termo de uma relação que ocorre a partir do pressuposto de que existe uma terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo que apresenta

qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional”.

Neste primeiro exercício teórico da clínica, utilizamos o atendimento em terapia ocupacional de um paciente, para discutirmos pontos importantes que fazem parte do processo e que, devem ser salientados e elaborados.

Assim, no decorrer de nossa formação e na construção de nossa clínica, nos instrumentalizar, teórica e praticamente, implica o aprimoramento e a aprendizagem da dinâmica das técnicas de atividades, sua utilização no processo triádico, bem como, das constituições teóricas desenvolvidas neste campo.

Benetton (1991) instrumentaliza com diversos pressupostos teóricos e práticos o trabalho a ser desenvolvido por terapeutas ocupacionais. Ela propõe, através de um suporte psicodinâmico, a técnica “trilhas associativas”. Trilhas associativas é uma técnica específica da Terapia Ocupacional que compreende basicamente as seguintes etapas:

- compilação das atividades: elas podem permanecer no setting ou se forem levadas pelo paciente, devem ser fotografadas ou registradas de alguma forma;
- agrupamento e subagrupamento das atividades;
- significação das atividades, por associações feitas pelo paciente, podendo ter auxílio da terapeuta ocupacional para que ele possa construir uma nova história;
- ensinar e/ou indicar atividades.

Cabe ressaltar que, na terapia ocupacional podemos utilizar de diversas maneiras a técnica de uma atividade sem alterar o produto, criando também um novo meio de comunicação/interação com o paciente. É importante também sabermos o quanto que a sala de terapia ocupacional faz parte

do instrumento de trabalho da terapeuta. Ela constitui-se em um espaço de receber alguém que estará de passagem, um local de desenvolvimento de diversas atividades e sobretudo influência das características pessoais e profissionais de quem as coordenará. Benetton (1994).

São esses os pressupostos que utilizamos para a apresentação de um caso clínico.

O Processo

Os procedimentos que serão relatados, foram desenvolvidos em uma instituição constituída por uma equipe multidisciplinar, que se propunha a diversas formas de intervenção. Os atendimentos podiam ser realizados no nível ambulatorial, hospital dia, atendimentos domiciliares, ou, ainda, em meio período na própria instituição, tendo em vista a avaliação da equipe sobre cada paciente. Cabe ressaltar, que em quaisquer formas de equipe, sejam de caráter multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar, suas ações deverão ser complementares na estratégia do tratamento ao paciente, bem como, sua linguagem deverá ser única, clara e todos componentes deverão se sentir igualmente responsáveis pelo indivíduo, em crise ou não, formando diferentes vínculos, de maior ou menor intensidade na tentativa então, de inseri-lo em uma dimensão histórica.

Desta forma, E., 33 anos, sansei, o quarto filho entre cinco irmãos, fez formação acadêmica em medicina clínica, sem ter nunca exercido a profissão após a residência, chega a nossa equipe, após ter sido atendido em diferentes instituições psiquiátricas, tendo um período de internação, o que acontece a partir de sua formação profissional. Antes de ser encaminhado para terapia ocupacional E. tinha atendimento psiquiátrico e esporadicamente, acompanhamento terapêutico, o qual foi interrompido pela tamanha dificuldade que possuía para sair de casa, criando um campo de tensão, suficiente para ele não querer mais o tratamento, acarretando a não aderência a esta intervenção terapêutica. Recebeu diagnóstico clínico de esquizofrenia paranóide. A indicação terapêutica para a terapia ocupacional foi feita em discussão de equipe, na qual comumente, havia supervisão de casos em atendimentos. Tal indicação é dada pela contextualização e qualidade dos diferentes

diagnósticos profissionais, o diagnóstico específico da terapia ocupacional é denominado de *diagnóstico situacional*, (Benetton 1994) que pode ser estabelecido entre outras coisas, pela análise das condições sócio-emocionais atuais com as quais o indivíduo se apresenta, bem como, seu modo de estar inserido ou não no social, o lugar que ele ocupa na família, com seus amigos ou não, no trabalho, atividades esportivas e de lazer.

O paciente em questão morava com sua irmã mais velha com a qual mantinha maior contato, já que os outros familiares moravam em outra cidade, longe de São Paulo. Era ela quem acompanhava o tratamento e nos fornecia dados importantes da história dele, nos auxiliando na indicação terapêutica e na constituição do diagnóstico situacional. Segundo informações colhidas com a irmã ele apresentava forte tendência ao isolamento.

Levando em conta principalmente que o grupo em Terapia Ocupacional é o quarto elemento da relação triádica: terapeuta - atividades - paciente, e, que possibilita a promoção de sociabilidade Benetton (1991), como proposta terapêutica inicial, propusemos atendê-lo em grupo.

Também como estratégia clínica ele foi encaminhado para um grupo em formação, composto por ele, outra paciente e a terapeuta. Apresentava alguns sintomas clínicos como por exemplo: acatisia (incapacidade de sentar-se; ansiedade intensa referente a permanecer sentado) e muita ansiedade, que ele dizia ser o empecilho para fazer as “coisas” em sua vida. Não conseguia permanecer sentado (andando de um lado para o outro da sala). Ainda assim, conseguia contar de algumas atividades que gostava, tais como, desenhar e pintar. Neste momento a outra paciente falava de sua irritação e incomodo com a presença dele, dizendo que ele a atrapalhava. Enquanto ela fazia sua atividade, E. ficava na sala observando os materiais.

Mais um elemento situacional pode ser colhido neste contexto: E. apresentava dificuldades em contar sua história e seus projetos, não tinha nenhum interesse de interagir, tendendo ao isolamento mais uma vez. Quase nunca saía de casa, a não ser para comer na lanchonete vizinha de seu apartamento.

Discutimos com sua médica psiquiátrica a possibilidade de mudança no esquema medicamentoso, com o objetivo de diminuir alguns sintomas colaterais que o incomodavam muito no grupo de terapia ocupacional, mesmo que não aparecesse com tanta intensidade em outras situações, eram limitadores de sua interação e de seu fazer.

Parecendo estar mais familiarizado com o setting, ele conseguia sem muito esforço escolher os materiais para sua atividade. Podemos considerar que neste momento configura-se a primeira etapa da técnica “trilhas associativas”, que se inicia a partir da escolha dos materiais por E. para a construção de sua primeira atividade, que disse ser uma pintura abstrata.

Na relação triádica, a atividade foi facilitando o encontro e a aproximação da terapeuta à medida que ele solicitava orientações. O ensinar passou então a também fazer parte do processo, abrindo um novo caminho para a interação com E.

Alguns atendimentos foram realizados, nos quais E. passou a fazer sua atividade com maior envolvimento. Então, percebemos que começa a existir uma história do tratamento que se delimita mais individualmente. Desta forma, as intervenções passam a ser individuais, sendo bem aceito por ele.

Com essa nova intervenção terapêutica e mudança na forma de assistência, valorizou-se a relação triádica e a construção de um novo lugar para E. em um grupo maior – o grupo social.

Nesse atendimento individual ele escolhe outro material – a argila. Comentamos com ele, que apresenta muita habilidade com modelagem e com pintura.

Começou a fazer suas atividades mais independentemente, sem necessitar ou mesmo pedir nossa participação, que passou a ser solicitada em momentos específicos ou quando tinha alguma dúvida quanto à execução da técnica.

A partir do momento em que houve mudanças acentuadas em seu modo de estar na relação, propusemos uma revisão de suas atividades, compiladas até então. Ele concordou e disse que seria ótimo, pois poderia rever suas

atividades e ver sua melhora. Ficamos atentos a estas palavras. Ele também disse que a terapia ocupacional era um lugar gostoso e seguro.

Espalhadas as atividades pela sala, pedimos que ele as agrupasse de acordo com as semelhanças vistas por ele. Inicialmente subagrupou atividades que não possuíam figuras humanas, depois atividades com desenhos de pessoas de várias idades e sexos e, num terceiro subgrupo, atividades que envolviam objetos, figuras humanas e peças de argila.

Quando o tempo e o espaço vividos no processo terapêutico começaram a fazer sentido criou-se um novo contexto, no qual paciente e terapeuta podem construir uma história diferente.

Desta forma, E. começou a construir sua história (que é a história dos atendimentos em terapia ocupacional), podendo atualizar situações do seu passado e dando novas significações aos acontecimentos.

O subgrupo que continha as atividades com desenhos de pessoas de várias idades e sexos ele denominou de “atividades com vida”. Escolheu um desenho de uma montanha e de um homem feito de papel canson e tinta acrílica. Descreveu este desenho como a busca do equilíbrio do homem com a natureza. Comentou que esta atividade me lembra a busca de um lugar na realidade comum a todos que até então, para ele era impossível fazer parte. Dos desenhos que ele modificou um pouco, antes de revermos todas as suas atividades, ele conta que elas passaram a “ter mais vida”. Perguntamos o que significa “ter mais vida” e ele respondeu que agora suas atividades podem ser compartilhadas com outras pessoas e que isto significava também que não precisaria mais estar sozinho, poderia ter a companhia e/ou auxílio de outros sem se sentir ameaçado.

Sua última atividade foi confeccionada com argila e descrita como a mais importante. Ele fez uma família de tartarugas – mãe e três filhotes. Ao identificá-las disse que eram lentas, não se movimentam sozinhas, mas com auxílio elas podiam caminhar mais rápido.

Olhando para este novo contexto, eu via o quanto ele caminhou de uma dependência do fazer

junto, enquanto uma necessidade, para uma busca de autonomia, favorecendo a possibilidade de experimentação de um novo modo de ser, fazer e estar no social.

Assim, com a possibilidade de construir uma história de vida diferente e poder fazer parte dela, sem se sentir ameaçado ou perseguido, sua interação transformou-se, passou a dar mais opiniões em sua casa, começou a fazer escolhas, indo aos bailes de sua comunidade, saía para comer fora com maior frequência e, pode ingressar em um curso de canto, talvez sua verdadeira profissão.

Conclusão

Durante o processo terapêutico constituído pelos atendimentos de terapia ocupacional utilizando a técnica “trilhas associativas”, pudemos criar uma nova história para o paciente e conseqüentemente, para a terapeuta.

Construir novos caminhos e possibilidades durante o processo e, fazer parte deles, foi muito gratificante. Isto garantiu um crescimento pessoal

e profissional, já que na terapia ocupacional o terapeuta pode utilizar seu corpo, sua história e marcas, constituindo-se em elementos que, podem e devem ser associados com seu principal instrumento de trabalho – as atividades.

Assim, pudemos perceber o quanto é importante o exercício da clínica, ainda que restrita, mas sem perder sua qualidade.

Referências Bibliográficas

- BENEDETTO, SARACENO e outros. *“Manual de Saúde Mental”*. São Paulo, Editora Hucitec, 1997.
- BENETTON, J. *“Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose”*. São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- BENETTON, J. *“A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental”*. Tese (doutorado) UNICAMP. Campinas, UNICAMP, 1994.
- FERRARI, S. M. L. *“A ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos”*. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. São Paulo: v. 2, p. 09. 1997.
- FERRIOTI, M. L. *“Terapia Ocupacional: relato de uma experiência”*. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. São Paulo: v. 2, p.32. 1997.