

A Crise na Terapia Ocupacional ou a Terapia Ocupacional na Crise?*

Jô Benetton**

Resumo

Este artigo trata de uma breve revisão dos fatores que levaram a Terapia Ocupacional a mudanças na sua rota assistencial; primeiro dentro da Psiquiatria Moderna e agora na Saúde Mental. Procura descrever uma nova identidade para essa profissão, na medida em que passa a usufruir dos pressupostos da intervenção em Saúde Mental. Apresenta a seguir técnicas de atendimento para pacientes em Crise dentro do caráter emergencial das Urgências Psiquiátricas.

As Crises da Terapia Ocupacional

Tenho particular interesse em comemorar o aniversário duplamente secular da Psiquiatria. Com ela aniversaria também a organização e aplicação do trabalho como conduta terapêutica. Naqueles tempos, nos asilos recém-criados, era o trabalho, o pilar de sustentação desses edifícios abertos para a investigação da nova disciplina médica.

A Psiquiatria nasceu no mundo médico masculino e detentor do saber da doença. Entretanto, sobre a doença mental pouco se sabia, pois, os doentes

ainda estavam dispersos entre outros tantos marginalizados. Muitas foram as crises às quais a Psiquiatria teve que passar para chegar a formar sua personalidade. Crises que compreendo como sendo, pelo bem ou pelo mal, como momentos de lucidez e mudança.

O trabalho como instrumento terapêutico, quase o único, da Psiquiatria, até o fim do século passado, acompanhou e foi também desencadeador de várias dessas crises. A história nos conta do quanto a assistência psiquiátrica caminhou ao longo de seu primeiro século, sendo provida pela aplicação dos recursos terapêuticos do trabalho.

No início deste século, a personalidade da psiquiatria amadurece diante do avanço das pesquisas científicas e fundamentalmente da composição de um significativo campo teórico sobre a doença mental. Algumas dessas pesquisas e teorias tiveram nas oficinas de trabalho o seu campo laboratorial de observação e experimentação.

Depois, a Medicina exigida militarmente, no durante e após guerras, acabou por incorporar um caráter militar aos seus programas assistenciais. Estes em seguida viriam a ser aglutinados sob a denominação de Reabilitação. Nesse momento, o quadro médico ficou muito desproporcional diante da demanda de doentes e traumatizados; sendo esta também uma das causas na intensificação das pesquisas de laboratório quanto a tratamentos biológicos e farmacológicos.

Como conseqüência, o interesse da Psiquiatria pelo instrumento de trabalho ficou bastante reduzido. Houve a partir de 1914 a necessidade de ampliar a equipe médica e não havia tempo para que fosse só de médicos.

* Trabalho apresentado em Reunião Clínica no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina - U.S.P., S.P., dia 11/03/93.

** Terapeuta Ocupacional EPM - Coordenadora do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional - C.E.T.O. - S.P.
Doutorada em Saúde Mental.

É nesse momento que o trabalho terapêutico nos hospitais psiquiátricos e nos primeiros centros de reabilitação, muda de mãos. Passa para as mãos femininas das Auxiliares de Reconstrução; treinadas em habilidades práticas promotoras de readaptação e não só em trabalho.

As Auxiliares de Reconstrução entram no mundo médico que já tem definido seus pressupostos programáticos. Há um projeto de reabilitação orientado por uma disciplina médico-militar, que quer objetivar a reinserção do indivíduo na sociedade. O programa-treino assemelha-se ao proposto na formação dos auxiliares.

De início essa reabilitação visava a volta do doente ou traumatizado à frente de batalha; depois, ao trabalho profissional, só mais tarde estende-se à reaproximação com a família e sociedade como um todo. É, então, quando, a readaptação social passou a ser editada de acordo com o que terapeutas da equipe de reabilitação considerava como sendo adaptação do indivíduo à sociedade.

Em 1950, as antigas Auxiliares de Reconstrução, agora Terapeutas Ocupacionais mantinha ainda sua identidade profissional vinculada ao modelo médico. Por assim se encontraram, com o advento dos neurolépticos a elas foi delegada a tarefa de assistir, de maneira a reabilitar, os doentes refratários aos tratamentos biológicos ou químicos.

A crise de identidade não vivida pelas terapeutas ocupacionais, ou melhor, aplicada por essa solução rapidamente encontrada, deixou para décadas seguintes a cronicidade como qualidade na personalidade da Terapia Ocupacional. Essa característica podia ser identificada tanto no trabalho de reabilitar crônicos, como no estarem atados ao modelo médico. O único movimento de oposição aí encontrado, passava pela amável feminilidade. Isto é, uma eficiente maternagem que burlava a reabilitação-médico-militar e promovia a vida. Muitas foram as conquistas relatadas principalmente por doentes, deficientes e traumatizados, beneficiados por esse tratamento moral.

Para um grande grupo de terapeutas ocupacionais, principalmente os que se dedicam à reabilitação física, essa posição adquirida ainda é o substrato da profissão. Para muitas outras e principalmente as que se especializaram em psiquiatria, essa mesma proposição foi desencadeante da primeira crise de identidade. Tinham como ferramenta para instrumentar mudanças e evolução conceitual psicossocial da relação terapeuta-paciente. Mas, foi só a partir dos anos setenta que puderam definitivamente tomar para si o pensar, estudar e criar técnicas de terapia ocupacional.

Por aí, a Medicina e principalmente a Psiquiatria passa a interrogar a Doença e privilegiar a Saúde. Alguns psiquiatras e centros psiquiátricos buscam subsídios na Sociologia, Antropologia, Economia, Genética e Psicanálise, depois a Cibernética etc;

reivindicando espaços políticos para a criação de programas de Saúde Mental.

A Psiquiatria Social, a Anti-Psiquiatria e a Psiquiatria Dinâmica, deixam o hospital em busca de um espaço de atuação com e na sociedade. É neste campo aberto que damos os primeiros passos tanto para clinicar como para investigar e criar instrumentos para nossa clínica.

Participamos diretamente da grande movimentação dos últimos vinte anos que tem levado terapeutas ocupacionais a buscar em múltiplos referenciais teóricos constructos técnicos. As correntes se multiplicam e se aglutinam, sem que possamos ainda agrupá-las em grandes eixos que permitam-nos nomeá-las. Seguramente um resultado desses estudos põe em evidência a ampliação das práticas que cobrem e ultrapassam o círculo da doença. Então, não só pacientes crônicos, mas qualquer indivíduo que em algum momento, tenha sofrido um desequilíbrio do seu estado psico-físico-social, pode beneficiar-se de nossas propostas de intervenção.

Para as terapeutas ocupacionais que referendam o uso de atividades num contexto psicodinâmico-sócio-clínico, a reabilitação e todos os outros termos que são acrescidos do prefixo "re", passam a ser questionados. É possível pensar em criar e estabelecer novas formas de inserção, sem entretanto partir de um princípio de inadequação. As atividades, orientadas também psicopedagogicamente, permitem estabelecer uma ligação direta entre o setting terapêutico e a sociedade. O "fazer" dentro e o "fazer" fora, são mantidos por uma via de mão dupla. Com isso e através disso, desde o lazer até o trabalho profissional estão previstos como forma de manter-se em relação.

Como parte do projeto de novas práticas, descrevo agora nosso trabalho dentro de um programa de Urgência Psiquiátrica.

A Terapia Ocupacional na Crise

O Ambulatório de Crise

Para organizar o Ambulatório de Crise do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina, como proposta de atendimento em continuidade ao do Pronto Socorro Psiquiátrico, Paulo Bloise, Soraia Silva, Marcia Menon e eu, delimitamos um espaço didático-clínico para a "Crise". Didático-clínico, porque este é um ambulatório de ensino dentro da escola médica.

Como supervisores, definimos a crise como um momento de ruptura, um corte e ou uma mudança de trajetória em um equilíbrio até então estabelecido.

Como conseqüência, surge uma desarticulação psico-físico-social do indivíduo. A crise vista dessa forma, como um diagnóstico situacional, pode surgir sobre qualquer trajetória individual: em um esquizofrênico, em um deprimido, histérico, por ocasião da perda de um emprego, em uma passagem de idade, quando da mudança de ambiente etc.

Para intervir nessa crise é preciso agilidade e intensidade. Contamos com uma equipe constituída por dois médicos residentes, quatro especializados de terapia ocupacional, uma de psicologia e a possibilidade de atender doze pacientes por vez. Nossa equipe de supervisores foi acrescida agora por Antonio Carlos Corrêa, sendo então três médicos, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional.

O contato terapêutico é realizado quase sempre na primeira entrevista com o psiquiatra, quando o paciente encontra-se ainda no Pronto-Socorro. Tanto o paciente como seus familiares são informados nesse momento que o tratamento consta de uma sessão semanal com o psiquiatra, de uma a três com a terapeuta ocupacional e que a família pode ser solicitada pela psicóloga de uma a quatro sessões por mês e que a duração total é de em média quatro meses. Esses profissionais têm semanalmente duas supervisões; uma de uma hora para residentes, com dois psiquiatras e a terapeuta ocupacional. Outra de duas horas, com toda a equipe de assistentes, sendo os supervisores, um psiquiatra, a psicóloga e a terapeuta ocupacional; sendo esta última a responsável pela interligação entre as duas reuniões.

Para iniciar o tratamento é preciso que tanto o paciente como a família sejam comunicados que haverá troca de informações entre os membros da equipe assistente. Como conseqüência, sem mesmo que tivéssemos previsto, o psiquiatra passou a ser o detentor de todos os dados sobre o paciente. Com isso, pôde mais rapidamente delimitar e registrar a história da crise. Os procedimentos clínicos, entretanto, são mantidos entrelaçados.

O atendimento em Terapia Ocupacional

Há três anos quando iniciamos esse trabalho não tínhamos conhecimento de uma equipe assim constituída para internação à crise. Agora, buscando novas referências de organização de programas de Urgência Psiquiátrica Ambulatorial, sabemos de diferentes profissões e leigos constituintes dessa equipe. Não encontramos, porém, nenhum trabalho que refira à participação da terapeuta ocupacional. As propostas aqui contidas são conseqüência de como encaminhamos o pensar a Terapia Ocupacional.

A atuação da terapeuta ocupacional nesta clínica é ágil, maleável, cabendo-lhe atitudes abrangentes, diretivas e psico-pedagógicas.

De início sua principal função é de criar um espaço para o fazer. Como as entrevistas de coleta de dados estão a cargo do psiquiatra e como através delas ocorre a orientação para o programa terapêutico como um todo é possível que logo no primeiro atendimento a terapeuta ocupacional apresente-se já, frente a uma proposta de trabalho. Ela pode mostrar os materiais e demonstrar algumas atividades possíveis de ali serem realizadas, solicitando em seguida que o paciente escolha uma. Se existe dificuldade na escolha, ainda sem poder saber porque, por não conhecer o paciente, ela pode sugerir através de sua intuição, algo que possa até fazer juntos. Esta atitude temos percebido como bastante desinibidora.

No geral temos observado que os pacientes desenvolvem em terapia ocupacional dois tipos de comportamento. Alguns estabelecem de imediato uma relação empática com a terapeuta e só mais tarde descobrem que através das atividades podem igualmente compreender suas necessidades. Outros, procuram primeiro as atividades, para através delas aproximarem-se da terapeuta. Podemos dizer que no primeiro caso o terapeuta desempenha a função de "termo médio", isto é, do objeto vínculo da relação entre mundo externo e mundo interno, segundo FRANÇOIS PERRIER⁽¹⁾. No segundo, as atividades constituem-se como "objetos transicionais", funcionando entre o de "dentro" e o de "fora", veículo da relação de objeto segundo WINNICOTT⁽²⁾.

Na medida em que a terapeuta ocupacional propõe-se como mantenedora da conduta construtiva, criativa e de aprendizagem e quando é sentida como asseguradora de escolhas e caminhos, dentro da situação de fazer é possível começar a observar alterações da conduta provocadas pela crise e ou por uma doença. Com isso pode ser capaz de delimitar o espaço factual, onde o fazer ou o não fazer é parte desencadeante ou conseqüente da crise. Este é o principal elemento de construção da terapia ocupacional na efetivação diagnóstica.

De maneira geral é possível estabelecer o campo das dificuldades pragmáticas e de promover as de facilidades, mantendo assim o indivíduo ativo. Há muitos casos entretanto, segundo minhas observações e com pacientes jovens pode-se montar uma "trilha associativa"⁽³⁾ breve. Esta caracteriza-se pela compilação em série das atividades do paciente. Frente a esta série, terapeuta e paciente vão descrevendo semelhanças e diferenças que vão desde a forma até o reconhecimento e identificação de movimentos projetivos e fantasiosos. Este procedimento capacita o terapeuta perceber a psicodinâmica do paciente e como conseqüência aprofundar-se em algumas atitudes terapêuticas.

Quando numa crise emergem emoções a ponto de ser qualificada de urgência crítica, a terapeuta ocupacional pode remanejar de pronto e temporariamente, com o paciente e mesmo com a família, as atividades domésticas, profissionais e

sociais. Dessa forma possibilita, por exemplo, a manutenção do paciente em tratamento ou mesmo evita uma intervenção.

A intervenção em crise, não só para a terapeuta ocupacional, mas para toda a equipe, exige uma postura terapêutica de participante da crise. Tudo indica que só passando por ela é que é possível encontrar a porta de saída. Esta clínica caracteriza-se, então, por ser muito tensa e provocadora de ansiedade. O instrumento que temos encontrado para enfrentar essas crises, estão localizados dentro de uma supervisão claramente voltada para as necessidades dos terapeutas.

Por outro lado, sem ainda uma pesquisa formal, podemos observar uma grande diferença existente entre o período quando terapeutas ocupacionais permaneceram fora do programa e quando estão incluídos. Pode-se perceber em primeiro lugar uma grande diminuição da tensão e ansiedade nos psiquiatras e psicólogos. A eficácia do programa pode também ser avaliada no aumento de aderência ao tratamento, assim como na aceitação de encaminhamentos a tratamentos consecutivos. Há uma maior aceitação e manutenção da terapia medicamentosa e uma diminuição de manipulação e auto-medicação.

No que diz respeito a crise como a circunscrevemos, este programa pode ser preventivo, curativo, e capaz de intensamente estudar e portanto bem encaminhar doentes graves. Esperamos poder ampliá-lo assim: urgente, pragmático e resolutivo.

Dentro desta perspectiva, poderíamos situar o aparecimento da intervenção em crise dentro do movimento de desinstitucionalização. A terapeuta ocupacional deixando de cuidar dos "casos sem

esperança", ou seja, aqueles onde as terapias "mais nobres" não tem atuação e passando a cuidar dos estados agudos, na porta de entrada dos serviços de saúde mental.

Abstract

This article is a short review of aspects that led Occupational Therapy to changes in its assistance path; at first in Modern Psychiatry and non in Mental Health. This article aims at presenting a new identity for this profession, since it starts to work with presumptions of intervention in Mental Health. This description is followed by a presentation of attendance techniques used in moments of patients crisis, within the emergency context of Psychiatric Urgencies.

Referências Bibliográficas

1. PERRIER, F. "Eschizophrenie", *Evaluation Psychiatrique*, no 2, Paris, 1958, 421-444.
2. WINNICOTT, D.W., "O brincar e a realidade", Imago Editora, Rio de Janeiro, 1975.
3. BENETTON, J., "Trilhas Associativas" ampliando recursos na clínica da psicose", Lemos Editorial, São Paulo, 1991.