

Onde habitar é possível

Rafaela Arrigoni

“O habitar não se limita a uma habitação, no sentido de uma casa ou de um abrigo, mas estende-se na medida em que o espaço construído é palco para a vida. Habitamos a casa, a rua, o bairro, a cidade, habitamos também os espaços que surgem das relações que estabelecemos com os outros, habitamos nossos pensamentos e sentimentos, medos e aspirações. Habitar é a nossa forma de estar no mundo e a partir desta forma construímos a realidade que nos circunda”.

Martin Heidegger

Resumo

Este artigo parte dos pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, principalmente da relação triádica, para apresentar o processo de Terapia Ocupacional de um adolescente em situação de rua.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; relação triádica; adolescente; situação de rua.

Abstract

Based on the presupposed factors of the Dynamic Occupational Therapy, specially triadic relationship, this article presents to present an occupational therapy process of a homeless teenager living on the streets

Keywords: Occupational Therapy; triadic relationship; teenager; homeless.

Introdução

“Só você me entende”. Disse P. em um dos atendimentos. Vi a relação triádica sendo construída durante os atendimentos, só tive dimensão dela ao ouvir essa frase e após supervisão com Jô Benetton e discussão do caso com o grupo de formação em Terapia Ocupacional Dinâmica, turma 2008, no Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO). Dois processos que caminharam em paralelo, a minha formação e o atendimento clínico de P.

O caso foi atendido de acordo com o referencial teórico do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Trago três conceitos que auxiliam a pensar o raciocínio clínico utilizado durante o processo.

O primeiro é o sujeito alvo da Terapia Ocupacional, aquele que se encontra em uma posição de exclusão, descrito por RODRIGUES (2003) como “alguém necessitado de uma potência relacional; onde possa ter outro alguém que possa fazer junto, compartilhar. Quando isso ocorre, abre-se a possibilidade de demarcar experiências num tempo e espaço”, de acordo com termo definido pela autora como Inscrição Social.

Esse conceito claramente se distingue da forma como as instituições olham para a exclusão: o Método Terapia Ocupacional Dinâmica trata a posição de exclusão e não do sujeito excluído.

O diagnóstico situacional, “descrição e análise das condições sócio-emocionais, as quais o sujeito apresenta em nossos primeiros encontros” (BENETTON, p. 91, 2006), para a autora, não é classificatório e nem explicativo e por ser descritivo-analítico deve ser feito durante todo o processo da terapia e realizado primeiramente pela observação do terapeuta ocupacional e associado a informações de familiares, pessoas que convivem com o paciente e outros membros da equipe. Para MORAES (2008) essa primeira observação é fundamental para entender o que esse sujeito faz, como faz, onde e quando faz, o que permite entender o seu repertório no fazer e possibilita o início da construção de história com esse sujeito no *setting* da terapia ocupacional.

A relação triádica é definida por Benetton (2006) como uma relação composta por um terapeuta ocupacional, um indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá estar para fazer terapia ocupacional e pelas atividades. Existem movimentos de ação e outros de reação que são determinantes da dinâmica relacional entre esses três termos.

Moraes (2007) descreve que a relação triádica é dinâmica no sentido de possuir movimentos, que acontecem com os três termos. É o núcleo do Método Terapia Ocupacional dinâmica e por meio dessa relação que os procedimentos são pensados e realizados.

Primeiro Encontro

P. estava na sala de espera sentado com as pernas balançando freneticamente para cima e para baixo, de um lado para o outro, o olhar perdido, emagrecido, suor escorrendo na testa em um dia que não fazia calor. Caminho até ele, me aproximo, inclino o tronco em sua direção, digo olá e me apresento através do nome e da

terapia ocupacional. Ele vira a cabeça em minha direção, mas não faz contato visual. Peço que me acompanhe e ele levanta, sem dizer uma única palavra. Caminhamos um ao lado do outro até a sala de atendimento. No percurso, ele mantém a cabeça baixa e as mãos para trás. Não posso deixar de observar esse movimento e de associar com outras crianças e adolescentes já atendidos e que apresentam esse caminhar como característica de sua passagem pela Fundação Casa. Anoto essa cena em algum espaço da minha memória e começo a observá-lo. Estava sujo, parecia não tomar banho há dias, usava uma touca de lã alongada na orelha que chegava até o pescoço, um casaco e tênis rasgados. O trajeto até a sala parecia ser interminável, cada gesto e cada sinal pareciam me dizer coisas sobre a atual condição de P. Observei atentamente, mas optei por ouvi-lo contar, antes de tirar minhas conclusões.

Ele se senta e relata já ter passado em atendimento no dia anterior, com outro profissional da equipe. Pergunto o motivo do retorno e ele diz: “Não melhorei, me sinto pior a cada dia”. Peço para que conte o que sente e o motivo de ter procurado o serviço (claro que eu, naquele momento, já percebia algumas questões óbvias, relacionadas ao autocuidado, alimentação, sono...). P. refere que sente coisas estranhas e que nasceu na Itália e veio com os pais para o Brasil, fala que tem uma irmã na França e conversa com ela até o momento pelo pensamento, acrescenta que os pais deixaram-no em um orfanato e desde então não tem notícias deles. Percebo a agitação da perna aumentar, quando falo sobre isso ele diz não gostar de ficar em lugar fechado. Primeiramente olho a volta e percebo que estamos em uma sala completamente fechada, abro as janelas e pergunto se assim fica melhor ou se quer sair para outro espaço. Ele afirma sentir-se melhor. Pergunto em que outros lugares fechados já esteve e ele diz que no orfanato era tudo fechado e à noite via

apenas uma janela no alto do quarto e que sentia muito medo e vontade de sair e que na Fundação Casa também era assim.

Também conta que saiu do orfanato aos oito anos de idade, quando passou a ouvir vozes de pessoas que não via e que diziam que ele tinha uma missão. Ao sair do orfanato passou a morar na rua. Pergunto onde mora hoje, apesar dos traços observados inicialmente já me darem a resposta, mas mais uma vez opto por ter a resposta a partir dele. P. sorri e diz “na rua né?”. “E o que você faz na rua?”, é a única coisa que sou capaz de perguntar para me distanciar de qualquer estranhamento ou sensação que possa me causar pensar em uma vida passada desde os oito anos de idade na rua.

Ele não hesita em nenhum momento e diz: “Na rua eu sou livre, não me sinto preso, não tenho hora, posso tudo, podia... agora não me sinto mais assim”. Fala que tinha amigos, uma namorada e se ajeitava para tomar banho em espaços apropriados da Assistência Social. Pergunto sobre sua idade e ele diz ter 16 anos. Digo: “Você disse que antes estava tudo bem, desse jeitinho que você contou, e que agora está ruim, como é esse estar ruim?” Ele continua a balançar as pernas e diz que passou a ouvir as vozes de um jeito diferente, com mais frequência e que sente medo, elas o mandam fazer coisas que não quer, recebe ordens para machucar pessoas e a si mesmo. Ele mantém atenção em minha face, acredito naquele momento que em busca de alguma reação, como se estivesse em busca de saber o que penso sobre o que está sendo narrado. Opto por reagir com naturalidade, entendo não ser bom, nesse momento, dar atenção especial a este fato. Como se a busca dele por minha reação fosse uma forma de observar a dimensão que dou ao que ele narrou, opto por entender qual é a dimensão que ele dá para essa vivência. Pergunto sobre a rotina dele na rua antes, as atividades que desenvolvia e o que mudou com essa piora que sentiu.

Fala que vive na rua “numa boa”, acorda, faz os “corres” para tomar banho, comer, anda, anda muito e que há um tempo passou a usar maconha, depois cocaína e agora crack. Diz que sentia alívio ao usar e, com o tempo, desespero. “A paz do meu pensamento foi roubada”: é assim que ele descreve seu desespero.

O caso é discutido com equipe interdisciplinar de Saúde Mental. Para compor o diagnóstico situacional, busco referências de outros profissionais que tiveram contato com ele e também de outros serviços no território que já tenham atendido P. A hipótese diagnóstica médica era de surto psicótico decorrente do uso de substâncias psicoativas. Meu olhar de terapeuta ocupacional não consegue ver neste nome a complexidade e a narrativa de tudo que foi relatado e observado até o momento, então opto por manter esse nome como um eixo para algumas discussões na equipe, mas não como objetivo de tratamento.

As atividades, o paciente, a terapeuta e outros elementos.

Em outro atendimento, pergunto a P. o que ele gosta de fazer e ele diz que gosta de escrever, conta que estudou até a sexta série e que “escrever faz o pensamento ficar no lugar”. Falo que podemos fazer um livro para ele escrever os pensamentos e outras coisas que achar importante. Ofereço os materiais e ele escolhe sem dificuldades: pega as folhas de sulfite, dobra, fura, amarra com uma fita de lã verde e escreve na capa “LIVRO DOS PENSAMENTOS”.

A partir de então, P. compareceu ao serviço constantemente, sempre com o livro no bolso, às vezes com novos conteúdos, outras vezes mais amassado e sem preencher, mas sempre com ele por perto. Chegava agitado, andava de um lado para o outro, pedia constantemente para

conversar com alguém, referia dores de cabeça e as mesmas passavam quando tinha a atenção de alguém direcionada a ele. Pedia, por meio da dor de cabeça, a presença de alguém para a hora do almoço, para jogar jogos com ele, para conversar ou caminhar pelo corredor. Em muitos desses momentos, era a mim que ele solicitava. Havia uma espécie de elo entre nós na realização dessas atividades. A leitura do livro dos pensamentos era restrita à nossa relação. Ele escreve alguns fragmentos do livro para que sejam colocados em seu registro no serviço.

“A história começou quando eu ouvi seu chamado. São muito louco”.

“A minha vida é um jogo, eu não me entendo, às vezes me sinto mal, esquisito, vejo coisas estranhas, eles avisam que vai ter dor de cabeça”.

“Não sei por que sou assim, alguém me ajuda, estou com medo das coisas que estou fazendo, essas meditações estão me perturbando, preciso de você.

Quero que um dia seja tudo igual para todos nós amigos.”

P.

O agravamento dos sintomas clínicos a que ele se referia constantemente era oposto à melhora observada na sua comunicação verbal, no caminhar, na forma que chegava mais tranquilo ao serviço. Mas P. referia constantemente a piora das vozes de comando, o medo que sentia delas e a sensação de falta de controle. Iniciou-se o tratamento medicamentoso, o que necessitava de um cuidado sistemático na administração da medicação, pois ele se mantinha em situação de rua, o que inviabilizava, em um primeiro momento, esse procedimento. O maior risco era deixar a medicação sob seus cuidados e ele ingerir de forma inaquada na tentativa de efetivar suas ideias suicidas referidas em diferentes momentos dos atendimentos de terapia ocupacional.

Conversei com P. para esclarecer a questão da medicação, sob orientação do psiquiatra da equipe, e P. entendeu ser uma opção ir para um abrigo. Na realidade eu e a equipe julgávamos que essa era a melhor opção para ele, quem sabe por ficarmos aliviados por ele estar em um lugar protegido, fora do frio, dos perigos da rua, da grande oferta de substâncias psicoativas e convites constantes a ações de delinquência, das quais sabíamos que, desde sua passagem pela Fundação Casa, ele não tinha mais proximidade.

Foi a primeira noite no Centro de Acolhida e no dia seguinte no período da manhã estava de volta ao serviço; havia evadido (termo usado para designar a saída sem autorização do Centro de Acolhida). P. senta na sala, estava extremamente ansioso, agitado e isso aparecia na sua forma de andar, nas mãos tremendo, na fala acelerada, contara que lá é muito fechado, não havia espaço livre. Achando mais uma vez ser o certo, me apoio na relação terapêutica estabelecida e construo com ele o entendimento de que essa é a melhor opção. Ele se esforça e vai mais uma vez ao final do dia para o abrigo. Essa história se repete por semanas, além disso, surgem problemas com adolescentes do abrigo, com educadores, com a equipe em geral.

A melhora é observada com o uso da medicação e a frequência assídua ao tratamento e aos atendimentos de terapia ocupacional. Em um determinado momento, peço para vermos o livro dos pensamentos juntos. Ao abrir, lemos cartas endereçadas a mim, nas quais pede para sair de lá, ter sua liberdade e na última, um pedido de ajuda, afirma que está prestes a abandonar tudo e não só o abrigo.

“Preciso me expressar, quero falar para a senhora que pretendo sair do abrigo que estou, sei que é bom, mais pra mim não dá mais.”

“Quero conversar muito com a senhora, não sei quanto

tempo vou aguentar tudo isso, quero ir pra uma crinica, lá vou me recuperar, eu preciso ir muito. Estou muito com vontade de usar droga, minha cabeça está confusa.

Preciso de ajuda não quero ficar longe da sinhora.”

“Hoje de manhã estava com vontade de usar droga preciso muito de sua ajuda si não de eu vou tentar sozinho tá tia Rafaela”

P.

Fiquei compondo na minha memória a trajetória dele até então, e pensando o que era o certo? O errado? Havia essa diferença? A vontade dele deveria ser priorizada? O sofrimento dele naquele espaço deveria ser levado em conta ou apenas os direitos escritos no Estatuto da Criança e do Adolescente? O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) diz no artigo 15 do Capítulo II. “A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”. E no artigo 16 ressalta que “O direito à liberdade consiste em: ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais.” Desta forma, em conjunto com P. decidimos por sua saída do abrigo. E é nesse contexto que surge a frase com a qual inicio esse texto: “só você me entende”.

Devo ressaltar que, antes dessa atitude, tentamos outras possibilidades, encaminhamentos para outra instituição com características físicas mais adequadas às expectativas e desejos de P. Porém, sem escuta pelos órgãos públicos acionados, que, na maioria das vezes, diziam: “tanta gente querendo vaga, não temos como dar o que ele quer, tem que ser o que tem”, ou “você protege demais ele, por isso que ele fica nesse foge e volta”, ou “você está maluca de deixá-lo na rua, não-não, isso é muito errado”. Essas tentativas de articulações entre Saúde e Assistência Social foram colocadas em relatório e encaminhadas ao Conselho tutelar, ao Juiz da Vara da Infância e

aos recursos da Assistência Social e P. participou de todas as etapas, tendo sido ouvido por mim e pela equipe.

Enquanto caminhávamos nessa direção, em paralelo, a história da origem narrada por P. sofria mudanças constantes: pais mortos, pais no exterior, mais irmãs do que foi apresentado na história inicial. Aos poucos foi possível P. dizer que era difícil falar do passado, que não lembrava e não queria lembrar. Propus que ele olhasse o hoje e então fomos juntos conhecer um abrigo que acreditava-se ser ideal e dentro das características esperadas. Um detalhe: a distância entre esse abrigo proposto e o local onde ele mora desde os oito anos de idade é de muitos quilômetros. Já no trajeto, ele mostrou-se contrário. O espaço físico realmente era adequado, mas que relações afetivas ele teria naquele espaço? Que traços de sua história? Quais companheiros? Que terapeuta? Todos esses questionamentos foram feitos por ele no trajeto de volta à sua morada: a rua. A distância para ele era narrada como uma impossibilidade de continuar suas mudanças.

P. passou a comparecer para os atendimentos todos os dias, em alguns estava mais participativo, em outros mais distante, às vezes com vontades e ideias de atividades, em outros com medo, com sono, com pensamentos de persecutoriedade em relação à medicação; ainda não aceitava locais fechados e sofria com isso. Nos atendimentos ele lia e escrevia no livro dos pensamentos e às vezes era por meio dele que conseguia dizer: “estava com saudades de você”, após um fim de semana ou feriado, ou “tenho medo do que minha cabeça pensa, mas não sei se é ela que pensa, ou se eu que penso, só sei que não sou eu que falo”. Nas suas idas e vindas, P. tem uma piora, relata muito medo, ideação suicida e pede um abrigo. Acionamos a Assistência Social e conseguimos um espaço de acolhida. Neste local, tivemos dificuldade de acesso, telefonava todos

os dias, mas ele estava em atividades de rotina da instituição. Quando reforço a necessidade de tratamento me é dito que irão levá-lo a um local mais próximo ao abrigo. Mais alguns relatórios são feitos, discussões de caso com a equipe do abrigo, outras pessoas da equipe de saúde envolvidas no processo e conseguimos trazê-lo para o serviço durante uma festa.

Explico para ele o que houve nesse tempo e o quanto estive perto, atendendo ele sem ser com a presença física, mas sempre tendo na memória o que ele trazia nos atendimentos como vontade de vida: liberdade. Ele pega uma carta e me entrega.

“tia estou morrendo de saudade de você,
estou confuso, não sei o que fazer.

Preciso de sua ajuda, sei que sou assim,
mais quero conversa muito com a senhora”.

“Me senti abandonado nesses dias, mas sabia que a
senhora, você, a tia, ia dar um jeito de saber de mim”.

“tem muita coisa que queria contar,
mas num sei o que dizer” [sic].

Entrega para outro membro da equipe o telefone de um conhecido e pede para entrarmos em contato. De terapeutas a detetives, passamos a buscar informações que pudessem dizer de sua história, de sua narrativa até a chegada ao serviço.

P. é brasileiro, sua idade é 18 anos, obtivemos mais algumas informações sobre sua passagem em abrigos na infância, seu registro de nascimento na região central da cidade de São Paulo, a proximidade com um irmão, porém sem comprovação de ser irmão de sangue ou de rua. Peças de um quebra cabeça, sem respostas claras. Ao final P. fez a escolha de ficar morando na rua, sua casa desde os oito anos de idade. Está da mesma forma? Eu e ele acreditamos que não, no último atendimento que o vi ele disse que já não precisava mais das “drogas” para viver naquele

ambiente, que agora era uma escolha. Passou a buscar mensalmente sua medicação e se não era no serviço era em outro serviço da rede de saúde, com o qual mantínhamos comunicação.

Há dois meses não o vejo, mas da última vez que o atendi fui chamá-lo na recepção e ele estava tomado banho, cheiroso, com a barriga redonda (como se estivesse se alimentando bem), mãos ao lado do corpo, as pernas paradas. Ao me ver abriu um sorriso, me olhou nos olhos, deu um forte abraço e disse estar com saudades. Disse que estava na rua e que tinha 16 anos de idade e que provaria isso. Digo a ele que ali ele pode ter 16 anos, ele sorri e conta que tem corrido todos os dias, toma banho na tenda, conversa com os amigos, transita por outros espaços da cidade e que sente que é uma escolha e que começou a trabalhar como ajudante de pedreiro.

Como sua terapeuta, fico feliz por ele perceber que é uma escolha dele e saber que pode retornar a esse espaço quando preciso que este espaço pode ir até ele se essa for a vontade e que existem outras escolhas. No fundo, com certeza, fica um desejo de vê-lo na escola, em uma casa, protegido, mas o terapeuta precisa ter um silêncio: “... é o silêncio do terapeuta. O silêncio dos seus próprios desejos, anseios, do saber antecipado, da ansiedade e da angústia...” (Benetton, 1995).

Chegou ao final?

Acredito que não. Como terapeuta ocupacional, acredito estar em um determinado período da vida do sujeito junto a ele, próximo ou acompanhando-o à distância. Mas, com certeza, na busca constante de possibilidades de construção de espaços de saúde no cotidiano. Quanto tempo isso leva? O tempo é relativo para cada sujeito, mas leva o tempo necessário para que mudanças e inserção social possam ser vivenciadas de acordo

com o referencial do sujeito e com alguns que emprestamos e às vezes damos a eles. As recaídas podem ser possíveis, mas ele, após esse processo, já não é mais o mesmo.

Por muitas vezes, a vontade que eu tinha de vê-lo em outras condições me impediram de olhar para a vontade dele, o que era importante para ele, o sujeito-alvo, aqui representado por P.

No contato terapêutico, na clínica cotidiana com outras crianças e adolescentes que apresentam características semelhantes ou situações semelhantes ou não, é difícil muitas vezes manter essa perspectiva do sujeito frente a situações de imensa vulnerabilidade. Enquanto fazia supervisão clínica na sala de aula do CETO (Centro de Estudos de Terapia Ocupacional), me sentia autorizada a ouvir e observar de verdade o que fazia sentido para esses pacientes. No caso de P., isso possibilitou a relação triádica.

Esse acompanhamento não seria possível de ser contemplado sem o caminho paralelo da clínica com a formação. O caso apresentado possui diferentes fragmentos a serem considerados: ética, cidadania, direito da criança e do adolescente, papéis sociais, tratamento, vulnerabilidade social, sofrimento psíquico, enfim, muitos vértices. Eu optei por escolher o caminho do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, na realidade, nós optamos por esse caminho, que não exclui as questões anteriores, mas integra o sujeito alvo a todas elas.

Entendo que, ao longo do processo, a relação terapêutica e os procedimentos possíveis foram interferidos pelas complicações da situação de vida do sujeito o que nos remete ao fato da inexistência de políticas públicas efetivas para o tratamento, acompanhamento e inserção social de jovens em situação de rua e em intenso sofrimento psíquico, seja pelo uso de substâncias psicoativas, por transtornos mentais ou pelo próprio histórico de abandono, negligência e violência.

Falta o estabelecimento de políticas públicas integradas, com ações intersetoriais, entre educação, saúde, moradia e habitação, assistência social, judiciário e recursos comunitários. Partindo do estabelecimento de fluxos de atendimento e de ações compartilhadas que estabeleçam uma rede de cuidados para esses sujeitos e que não sejam apenas “locais para eles transitarem” e sim locais onde possam habitar.

Referências Bibliográficas

BENETTON, M.J. **O Silêncio**. Cad. Ter. Ocup. UFSCAR, v.4, n. 1-2, 1995.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas. Ampliando subsídios metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional**. Campinas: Arte Brasil Editora/ UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

BRASIL, 1992 – atual. **Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**.

HEIDEGGER, M. **Construir, habitar, pensar** (1951) http://www.prourb.fau.ufrj.br/jkos/p2/heidegger_construir,%20habitar,%20pensar.pdf

MORAES, G. C. **Trilhas Associativas: uma história contada a três**. Revista CETO (10), São Paulo, 2007.

MORAES, G. C. **Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica**. Revista CETO (11), São Paulo, 2008.

RODRIGUES, K. P. **Terapia Ocupacional: do setting terapêutico para o palco da vida**. Revista CETO (8), São Paulo, 2003.