

Enquanto o futuro não vem... Transtornos mentais precoces e a assistência em Terapia Ocupacional

Cristina Pinheiro de Sousa

Em primeiro lugar gostaria de agradecer comissão organizadora do XI CBTO pelo convite para participar desta Comunicação Coordenada com o título Ações do Cotidiano e a Saúde Mental Infantil.

Ofereço este trabalho a todos os meus pacientes, os que são e os que já foram, e que todos os dias proporcionam em minha cotidianidade um criar e recriar.

Não tenho intenção de apresentar verdades ou algo acabado, a dúvida, as incertezas, as inquietações, sempre mobilizaram e ainda impulsionam dia após dia o meu fazer. A dúvida alimenta o espírito, o desejo. A verdade é um convite à morte do conhecimento. Dessa forma não tenho qualquer intenção de dar receitas de CONDUÇÃO em seu primeiro significado -ato ou efeito de conduzir- e sim no sentido de "ir à companhia de" (Dicionário Aurélio). E menos ainda RECEITAS sobre o manejar, também em seu primeiro significado- governar com as mãos- e sim o de mover ou executar com as mãos (Dicionário Aurélio).

Em um segundo momento faz-se importante definir que referencial norteia a minha fala. Esta fala é norteada pelos pressupostos constituintes do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) desenvolvido por Benetton e Ferrari, no qual a relação triádica, a construção do cotidiano e a inclusão social são núcleos sustentadores da assistência.

Após definido com que intenção e de que lugar falo, apresento de que forma trago minha fala.

As problematizações acerca da clínica em saúde mental na infância e esta em tempo de precocidade são questões que estão na ordem do dia nos diversos campos de conhecimento. Organizei essa fala através de indagações que ocuparam e ocupam minhas reflexões clínicas.

Espero que vocês tragam mais perguntas, algumas possíveis de serem respondidas por mim e outras que ficarão em aberto para sairmos daqui com muitas interrogações.

INICIANDO...

Quem é o sujeito-alvo dessa assistência?

Objetivamente: são infantes e crianças até 4 anos que trazem, como marcas em seu desenvolvimento, severas perturbações nas capacidades de constituição de um laço com o outro. No discurso médico são crianças enquadradas nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), segundo critérios do DSM IV-R ou como também são chamadas, perturbações do Spectrum Autista (PEA).

Na verdade, para a assistência no MTO, o diagnóstico médico não traduz aquele a quem assistimos e sim a repercussão desse atravessamento na constituição do cotidiano e na

sua posição de estar no social.

A autora Jô Benetton nos apresenta na pag. 90, em seu livro *Trilhas Associativas Ampliando Subsídios Metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional*, o seguinte:

“O sujeito alvo da Terapia Ocupacional está geralmente colocado à margem de um cotidiano pessoal e ou social. Quase sempre cumpre apenas rotinas de cuidado...”

O sujeito-alvo que aqui apresento, em decorrência de sua tenra idade, é uma criança que se encontra em uma situação limite de instalar-se ou não em uma cotidianidade e construir a partir de sua singularidade, o seu cotidiano.

Essa construção pode vir a ser tão exaustiva para ela que poderá remetê-la à situação de ficar à margem. Enfatizo que estamos na gênese do processo de construção de um cotidiano.

No descomeço era o verbo.

Só depois é que veio o delírio do verbo.

O delírio do verbo estava no começo, lá onde a

Criança diz: Eu escuto a cor dos passarinhos.

A criança não sabe que o verbo escutar não funciona

Para cor, mas para som.

Então se a criança muda a função de um verbo, ele
Delira.

E pois.

Em poesia que é voz de poeta, que é a voz de fazer
Nascimentos-

O verbo tem que pegar delírio.

(Manoel de Barros)

do eu /não-eu, realidade interna / externa, exclusão do campo da linguagem, dissociação entre pensar e fazer. Em um tempo onde condições enunciativas mínimas estão em vias de inscrição. Em tempo/lugar “entre” - de inscrição em um cotidiano já estabelecido e em vias de construção de um cotidiano que surge a partir dessa criança.

Dessa forma, precisamos nos debruçar em abrir um campo de possibilidades que seja fértil a essas inscrições, com as quais a criança possa se engajar em uma rede e possa assim seguir o seu curso.

As intervenções se colocam, via de regra, na mira daquilo que fracassou em um tempo que nem sequer um eu foi minimamente estabelecido. Diz-se de uma criança autista: ele não fala, ele não se relaciona, ele não olha, ele não brinca.

Estamos em outro campo – a busca de atalhos que nos encaminhem para espaço possibilitador.

Jerusalinsky (2001) nos convoca a pensar sobre a marca de precocidade desse sujeito- alvo. O autor prefere chamar qualquer acometimento nessa faixa etária de estrutura psicopatológica não decidida. Enfatiza ainda o termo “indecidida”, pois marca que inevitavelmente haverá um futuro, uma decisão em suspensão que virá acontecer. Baseada na plasticidade inerente a essa idade, a sintomatologia apresentada serve como indicador de que tal estrutura está em perigo.

Quando trabalhamos em cima de um diagnóstico médico e não em nosso próprio diagnóstico, corremos o sério risco de estar submetendo a criança a um discurso aprisionador, enquanto a condição é de extrema plasticidade.

Em que tempo essas crianças se encontram?

Em um tempo de parcial ou total indiferenciação

Diagnosticando...

Nesse tempo de primeira infância, o bebê, a

criança, se encontra em um estado de dependência absoluta do outro, necessária à sua constituição. Dessa forma a investigação de que lugar esse integrante tem no discurso e no cotidiano dessa família é de suma importância.

Indago: Não seria reducionismo se deixarmos de considerar todo esse sistema fora da posição diagnóstica? Colocar todo o sistema de investigação e intervenção em cima de um bebê/criança que ainda não está minimamente constituído e que por seu atravessamento já se posiciona de forma estrangeira a esses pais irmãos, escola, prédio, etc.. ?

Enfatizo: Tomo o Diagnóstico situacional como etapa de suma relevância no cotidiano de minha prática clínica. Além de ser etapa implícita e constituinte do MTOD.

O que caracteriza o setting na clínica precoce?

No MTOD, o setting, mais que um lugar, é um espaço de fazer, de criar e produzir. Um espaço aberto "internamente" para receber e que só se completa se o mantivermos aberto externamente para estimular o partir (Benetton, 2006).

Espaço de acontecer e de passagem, espaço possibilitador de movimentação.

Para a autora, em situações excepcionais podemos considerar o setting estendido desde que este tenha o mínimo de alterações da terapeuta e da condução ali empreitada.

Com essa definição de setting, podemos compreender a amplitude do campo de atuação da ação terapêutica no cotidiano da pessoa assistida.

Trabalho na casa da criança, com a criança e quem mais quiser ali participar.

Da casa para o mundo. A casa como ponto de partida.

Não fundamento essa escolha de forma ingênua, mas baseada nos pressupostos do tempo dessa criança, a casa como espelho primeiro da vida social, primeiro espaço de apreensão da alteridade. Como nos fala Heller (2008), o indivíduo a apropriar-se de uma forma de se alimentar, de se vestir, de se higienizar, não diz respeito apenas a aprendizados individuais, mas sim toda uma incorporação de regras sociais daquela determinada comunidade. Desse lugar consigo sustentar o olhar crítico e analítico. Intervenções nas cenas cotidianas, esse cotidiano que ainda em sua geografia tem como prevalência a casa. A casa objeto também de intervenção.

Apresento um recorte clínico para ilustrar a intervenção no cotidiano domiciliar.

Pedro, dois anos e quatro meses, iniciou o atendimento de Terapia Ocupacional. Apresentava um distanciamento e uma indiferença aos outros bastante acentuados. Ausência de linguagem e um olhar perdido. Sua inquietação era marcante, corria de um lado a outro da casa, como se não tivesse onde ancorar. Na observação percebi a falta de geografia nos diversos espaços da casa. Pedro tinha suas roupas em um quarto, seus brinquedos na sala, fazia as refeições no sofá da sala, tomava banho no banheiro da irmã e dormia no quarto dos pais. Tais elementos não entravam como problema na composição do discurso parental.

Com atravessamentos tão precoces, como Pedro poderia integrar minimamente o mundo externo?

Pelos elementos acima mencionados, optei por trabalhar preferencialmente no setting estendido. Sou uma trabalhadora que leva, talvez, ao extremo essa escolha.

E o lugar do terapeuta?

Sustentado na relação triádica: terapeuta-paciente-atividades, o terapeuta ora tem a criança como um dos vértices, ora faz um deslizamento em direção aos pais, aos irmãos, aos auxiliares domésticos e etc...

Assim esse terapeuta apresenta-se de forma muito ativa. Em uma postura desejante, de convoke e de abertura para o encontro com a criança.

O olhar e a escuta muito aguçados para a percepção do movimento do discurso/ação que se encontra em seu nascedouro.

A terapeuta, nesse tempo da infância, circula de forma muito intensa entre a função terapêutica e a ação educativa. Como diz Jerusalinsky (2005), nesse tempo precoce da vida, diferente do adulto, o terapeuta tem que somar à sua tarefa uma obrigação a mais: se ocupar do que ainda não está constituído.

Vale ressaltar que, etimologicamente, terapêutica significa cuidar. E educar em sentido amplo, filosófico, fazer passar da potência ao ato, da virtualidade à realidade (Evandro Silva Martins – etimologia de alguns vocábulos referentes a educação).

A formação desse terapeuta:

- Fundamentação teórica, em TO, que norteie sua prática
- Intimidade com um largo arsenal de atividades
- Conhecimento teórico do desenvolvimento em seu sentido amplo (cognitivo, motor e psicodinâmico)
- Supervisão.

Qual o foco dessa assistência?

O foco dessa assistência é sustentado pela tríade no qual as atividades emergem a partir de um misto entre atividades lúdicas propostas, atividades educativas necessárias, atividades no cotidiano familiar.

A busca do brincar assume um lugar privilegiado nesse contexto.

Vale ressaltar o que observei ao longo desses anos, que a questão em saúde mental na infância e mais ainda na infância precoce, não se trata de uma questão de ESTIMULAR, no sentido de estímulos dirigidos a um órgão perceptivo ou membro motor. Mas sim no movimento da tríade a busca do encontro, do enlace. Do eu/você.

O estímulo não se situa no objeto vermelho, no triângulo no chocalho, ou pelo que suas propriedades físicas possam despertar, e sim pelo modo como esse outro, com essa atividade, enlaça essa criança, convocando-a a fazer algo com o terapeuta.

Qual o objetivo final da Terapia Ocupacional?

A direção da assistência em Terapia Ocupacional, efetivamente, não tem como imperativo discursivo a disciplina ou a extrema adaptação do sujeito. Tem o compromisso sim, com a construção de um campo possibilitador onde essa criança possa articular, hábil e criativamente, sua adversidade em seu cotidiano. Viver como ato de criação e não uma mera submissão ao mundo externo que lhe concede a possibilidade de existência. A possibilidade de movimentação entre o particular e o genérico. O grande final, um lugar de positividade social, apesar de qualquer adversidade.

“(...) João era tudo? Tudo escondido, florindo...”

(Carlos Drummond de Andrade)

Referências Bibliográficas

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

BENETTON, M.J.; FERRARI, S.M.L.; TEDESCO, S. **Hábitos, Cotidiano e Terapia Ocupacional.** Revista *Ceto* ano8, n.8, 2003

HELLER, A. **O Cotidiano e a História.** São Paulo: Editora Paz e Terra, 2008.

JERUSALINSKY, A. **Por Que as estruturas psicopatológicas na infância são não-decidas?** Seminários I. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Lugar de Vida, 2001.

JERUSALINKY, A. **La educación, es terapêutica? Acerca de três juegos constituyentes del sujeto.** Escritos de La Infância V: Publicaciones de FEPI, 1995.