

REVISTA DO CETO
ANO III - VOLUME 3 - Nº 3

NOVEMBRO DE 1998

CETO
CENTRO DE ESTUDOS
DE TERAPIA OCUPACIONAL

DIRETORA
SONIA FERRARI

COORDENADORA TÉCNICA
SOLANGE TEDESCO

EDITORA
JÓ BENETTON

CO-EDITOR
PAULO ZACARIAS

CONSELHO EDITORIAL
SONIA FERRARI
SOLANGE TEDESCO
VIVIANE MAXIMINO
PÉSSIA MAYHOFER
LUIS GONZAGA PEREIRA LEAL

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 os 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: (011) 813-2131 e (011) 813-2426.

Saindo de Casa

A nossa experiência em escrever sobre a clínica da Terapia Ocupacional está se assentando. Todos os trabalhos de terapeutas ocupacionais desta publicação são das alunas do último ano de especialização do CETO. Eles correspondem à verdade da clínica e da construção de cotidianos. Não tivemos a oportunidade sequer de ir em busca de artigos. Esta edição fechou com estes trabalhos e o privilégio de publicar o cotidiano de Osvaldo Dante Milton di Loreto. Entretanto, queremos sair de casa. E para isso buscamos colaboração.

A Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional — CETO, convidou, e tem o prazer de receber o nome das Dra. Péscia Mayhofer, Dra. Viviane Maximino e do Professor Luiz Gonzaga Pereira Leal, terapeutas ocupacionais que nos levarão a circular fora de nossa casa.

A nova constituição com Conselho Editorial é enriquecida pela co-edição de Paulo Zacarias. Esperamos, assim, poder trilhar o caminho proposto por D. H. Winnicott onde, “na pior das hipóteses, a terapia ocupacional constitui uma tentativa organizada de separar as pessoas de si próprias”... queremos chegar ao social e ao socializante.

SAINDO DE CASA	1
PATOLOGIA DA VIDA PSI COTIDIANA (UM DIA COTIDIANO NA VIDA DE UM CLÍNICO PSI) <i>OSVALDO DANTE MILTON DI LORETO</i>	2
RELATO DE UM TRABALHO DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZADO NO AMBULATÓRIO DO PROJETO ESQUIZOFRENIA DO IPQ DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - <i>ADRIANA DIAS BARBOSA</i>	16
RELATO DO PROCESSO DE TERAPIA OCUPACIONAL - <i>ALESSANDRA GONZALES MARQUES QUINTINO</i>	21
A CONSTRUÇÃO DE UM CAMINHO NA CLÍNICA COM CRIANÇAS NO PROCESSO DE TERAPIA OCUPACIONAL - <i>DEIGLES GIACOMELLI AMARO</i>	27
TERAPIA OCUPACIONAL E INTERVENÇÃO EM CRISE — UMA POSSIBILIDADE PARA NOVAS INTERAÇÕES - <i>ALESSANDRA REIS PINTO</i>	33
UM CASO ESPECIAL - <i>MONICA DA CUNHA ALBRECHT SALVIANO</i>	36
A TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA: INTERVENÇÕES E INSTITUIÇÕES <i>ANA LUISA S. RODRIGUES E CLAUDIA DE LUCENA</i>	41
TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE UMA RELAÇÃO POSSÍVEL <i>VANA BOCK</i>	44

REVISTA DO CETO
ANO III - VOLUME 3 - Nº 3

NOVEMBRO DE 1998

CETO
CENTRO DE ESTUDOS
DE TERAPIA OCUPACIONAL

DIRETORA
SONIA FERRARI

COORDENADORA TÉCNICA
SOLANGE TEDESCO

EDITORA
JÓ BENETTON

CO-EDITOR
PAULO ZACARIAS

CONSELHO EDITORIAL

SONIA FERRARI
SOLANGE TEDESCO
VIVIANE MAXIMINO
PÉSSIA MAYHOFER
LUIS GONZAGA PEREIRA LEAL

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 os 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: (011) 813-2131 e (011) 813-2426.

Saindo de Casa

A nossa experiência em escrever sobre a clínica da Terapia Ocupacional está se assentando. Todos os trabalhos de terapeutas ocupacionais desta publicação são das alunas do último ano de especialização do CETO. Eles correspondem à verdade da clínica e da construção de cotidianos. Não tivemos a oportunidade sequer de ir em busca de artigos. Esta edição fechou com estes trabalhos e o privilégio de publicar o cotidiano de Osvaldo Dante Milton di Loreto. Entretanto, queremos sair de casa. E para isso buscamos colaboração.

A Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional — CETO, convidou, e tem o prazer de receber o nome das Dra. Péscia Mayhofer, Dra. Viviane Maximino e do Professor Luiz Gonzaga Pereira Leal, terapeutas ocupacionais que nos levarão a circular fora de nossa casa.

A nova constituição com Conselho Editorial é enriquecida pela co-edição de Paulo Zacarias. Esperamos, assim, poder trilhar o caminho proposto por D. H. Winnicott onde, “na pior das hipóteses, a terapia ocupacional constitui uma tentativa organizada de separar as pessoas de si próprias”... queremos chegar ao social e ao socializante.

SAINDO DE CASA	1
PATOLOGIA DA VIDA PSI COTIDIANA (UM DIA COTIDIANO NA VIDA DE UM CLÍNICO PSI) OSVALDO DANTE MILTON DI LORETO	2
RELATO DE UM TRABALHO DE TERAPIA OCUPACIONAL REALIZADO NO AMBULATÓRIO DO PROJETO ESQUIZOFRENIA DO IPQ DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FMUSP - ADRIANA DIAS BARBOSA	16
RELATO DO PROCESSO DE TERAPIA OCUPACIONAL - ALESSANDRA GONZALES MARQUES QUINTINO	21
A CONSTRUÇÃO DE UM CAMINHO NA CLÍNICA COM CRIANÇAS NO PROCESSO DE TERAPIA OCUPACIONAL - DEIGLES GIACOMELLI AMARO	27
TERAPIA OCUPACIONAL E INTERVENÇÃO EM CRISE — UMA POSSIBILIDADE PARA NOVAS INTERAÇÕES - ALESSANDRA REIS PINTO	33
UM CASO ESPECIAL - MONICA DA CUNHA ALBRECHT SALVIANO	36
A TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA: INTERVENÇÕES E INSTITUIÇÕES ANA LUISA S. RODRIGUES E CLAUDIA DE LUCENA	41
TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE UMA RELAÇÃO POSSÍVEL VANA BOCK	44

Patologia da Vida Psi Cotidiana (Um dia cotidiano na vida de um clínico psi)

OSVALDO DANTE MILTON DI LORETO

A Ruben Berta estava inesperadamente gentil e chegou ao ambulatório às 8 horas. Aliviado.

Vivo atormentado com a possibilidade de atrasos. Acontece que, além de enfrentar a Ruben Berta, tenho que, antes, deixar meus filhos no Jardim da Infância (a mãe pega na saída) e é aquela luta para eles tomarem café, vestirem a roupa, fazerem cocô etc... etc... Não quero criar casos neste emprego. Gosto muito dele.

É, como se costuma dizer, um "serviço público". Um ambulatório de psiquiatria incluído em importante hospital geral. Tenho, portanto, possibilidades de me socorrer de consultas a outras clínicas e de exames de todas as naturezas. Temos nosso próprio serviço de psicologia e de assistência social. E reuniões clínicas e científicas.

Além disso, e principalmente isso, a chefia é humanizada, próxima, razoável. E como neste serviço aqui, o chefe é de longe a melhor pessoa e o melhor clínico, não há invejas, luta por poder, puxadas de tapete ou assemelhados. Não foi difícil concordarmos, por exemplo, em que se limitasse os atendimentos a 8 casos por dia de 4 horas de trabalho, 5 casos novos, 3 retornos.

O trabalho é organizado de forma inteligente. Cada médico faz três dias de atendimentos de casos novos ou retornos (ao que chamamos "fazer a porta"), e dois dias de "retaguarda", isto é, tratamentos. Habitualmente Psicoterapia de Grupo. Ambos com horários marcados.

Não sendo um hospital universitário, tem verdadeiro "espírito" e práticas universitárias: em se trabalhando, aprende-se.

Sei que são apenas condições normais para um bom trabalho, mas comparativamente ao que está por aí, trabalhar aqui é um privilégio.

Os leitores compreendem, pois, que não quero chegar atrasado ou criar qualquer caso. Sair deste emprego, então, nem pensar. Apesar dos salários baixos. (Outra coisa que reconforta: aqui os salários são baixos para todos).

Vou viver o pedaço bom do meu dia de trabalho.

Vejo que a pilha de 8 prontuários está completa. Ninguém faltou.

O primeiro caso novo: jovem, 22 anos. É um neurótico. Neurótico como os de hoje em dia, não como os que se faziam antigamente. Os dos livros. Não é histérico, não é fóbico, não é obsessivo. Simplesmente uma vida desperdiçada.

Com sofrimento indescritível, me conta suas mil vergonhas, inseguranças e inibições. Não suporta mais sua timidez que o impede de conseguir emprego, fazer amigos e "cantar" qualquer garota (acaba se masturbando, morto de vergonha de culpa). Parece saído do Pneumotórax de Manuel Bandeira: "*Tudo o que podia ter sido e que não foi.*"

Passa o dia perambulando sem destino, se compensando com fantasias, ou pior, fica em casa com a mãe, que o inferniza criticando sem criticar sua inutilidade, e ao mesmo tempo, acha defeito e poda qualquer iniciativa que tome.

Um inferno "batesoniano". Sua verdadeira verdade é que gostaria de esganá-la com as próprias mãos, mas "*a adora*" e "*não consegue viver sem ela.*"

Sobrevive de seu único ponto forte: é bom de fantasia. Seu desamparo é comovente. Principalmente porque não tem sintomas. Viver é o sintoma.

Estes pacientes despertam uma vontade danada de ajudá-los, não? Mas pilha de 7 prontuários me faz olhar no relógio (de esguelha; não quero que se sinta intru-

so, "tomando seu precioso tempo, Doutor".)

Já faz 40 minutos que estou com ele. Preciso encerrar, mas ele não está esvaziado. E vai saber há quanto tempo aguarda ansiosamente esta consulta? Não posso simplesmente terminar como música árabe, que acaba de repente. Há que dar um destino a tudo que me contou com tanto sentimento.

Penso: caso bom para psicoterapia. Titubeia quando lhe falo do Grupo. Carente e assustado como está, tem medo de gente. Mas é a terapia que tenho.

Insisto, pois não quero lhe receber um Valium qualquer. Já é dependente demais de quebra-galhos (a mãe, a masturbação, as fantasias).

Aceita meio empurrado. Vamos juntos ver o caderno de marcação para grupos. Ficamos ambos sem graça. Eu mais do que ele. Estão completos e já com uma filinha. (*Deveria ter visto isto antes. Nem me lembrei*). Não sei o que fazer, mas não agüento a idéia de que ele não se agüente durante um mês, primeiro dia de retorno regular que tenho. E não vou fazer a maldade de "encaminhá-lo" vaga e indefinidamente a outros serviços, que estou careca de saber, estão tão lotados quanto o meu. Acabo marcando retorno prá próxima semana, num horário que não tenho. Vagamente às 10 horas. (*"Na hora me viro, espero"*.)

Só bem mais tarde é que me ocorre: "Bobagem este medo que tive que ele não se agüentasse um mês. Ele vive(?) assim há séculos. Tem curso completo de ansiedade. Com doutorado, pós-graduação e PhD".

(*Preciso corrigir este sentimentalismo que me leva a criar estas confusões, termino me prometendo.*)

É fogo ser médico jovem, pouco experiente.

Estou atrasadíssimo. Quando vou chamar o primeiro retorno, estão (Já que é um casal) com os narizes torcidos e olhando no relógio significativamente. E eu sei porque.

Este retorno é uma "devolutiva" que venho adiando. Usando o mais variados subterfúgios: mais entrevistas, testes psicológicos, exame neurológico etc. Procurando, inutilmente, achar um jeito bom de dar más notícias. As tais das "comunicações dolorosas". E principalmente coragem.

Sintam o drama junto comigo:

Há três meses, atendi como caso novo, um homem que veio me pedir um "atestado que seu filho era gênio". Assim, desse jeito, "tout court": "atestado que o filho era gênio". Em abono de suas teses, trazia alguns desenhos, que, de fato, eram muito bons para uma criança de cinco anos. Desenhos com toque artístico.

Expliquei-lhe que não podia lhe fornecer tal atestado. Deveria, antes, examinar o menino.

Entendeu que eu estava desconfiando dele e sugerindo que os desenhos não eram do filho. Fez um "auê" desgraçado no ambulatório. Coisa de doido.

Depois de longo e (im)paciente manejo, consegui

que marcasse nova consulta para examinar o menino.

Os leitores já devem ter desconfiado. Deu tudo contra: Piaget, Binet, Wechsler, Raven, Walter Trinca, todos contra. O garoto tem inteligência mediana, comum. Só não deu Picasso contra. Ele tem realmente grande habilidade prá desenho.

Mas não é nisso que os pais estão interessados. Não querem um atestado de que o filho é artista. Querem que eu diga que o filho é gênio.

Toda a coisa tem caráter delirante. Os pais querem levar o filho para os Estados Unidos. Está tudo pronto. Só falta o maldito atestado.

Eu disse "os pais" no plural, porque a mãe está na mesma. "*Folie a deux*". Contando comigo, "*a trois*".

Tentei nas entrevistas anteriores, dizer delicadamente a verdade. Não escutam.

Gastos todos os pretextos para adiar este momento, vou pelos corredores pensando sobre minha postura possível neste caso.

Sento-me na minha cadeira, eles nas deles, assumo a postura de boi no matadouro, e começo a devolutiva.

Vicente Mateus, o lendário presidente do Corinthians é que dizia: "Quem sai na chuva, é pra... se queimar!"

E me queimei. Feio. Saíram, aos gritos, direto para a Superintendência. "Dar parte".

Nenhum leitor do *ramo* deve estar surpreso. Ou chorando por mim. Pode chorar por si: atende todos os dias casos irracionalíssimos.

Mais atrasado ainda e com a frágil crença de que a humanidade seja viável seriamente abalada, vou buscar o próximo novo.

Mulher, 48 anos, aparenta ter 1.000, vem com a filha de 20, que aparenta ter 48. Esta me informa que a mãe tem "mania de perseguição", há muitos anos. O marido não agüentou e se picou. Sobrou pra ela.

Daqueles casos de "partir o coração". Desde que o pai abandonou-as, cuida da mãe o dia todo de todos os dias. Desde menina é a *mãe da mãe*. Esqueceu-se e aniquilou sua própria vida. Uma vida inutilizada, inutilizando outra. Não se queixa, não resmunga, não amaldiçoa. Nem mesmo ousa pedir ajuda explícita, de tanto que sente como sua, a obrigação de cuidar da mãe.

Vem ao hospital porque não sabe mais o que fazer para que a mãe coma. "*Ela acha que a comida está envenenada*". Emagreceu muito.

Muito comovido com a situação dela, filha, sugiro internação, certo de que me beijará as mãos, de agradecida.

Puro engano. Sua reação é reticente. Me pede um remédio "*que faça ela comer*". Digo que não tenho tal remédio e que os remédios que a mãe já toma são os melhores conhecidos. Relutante, aceita a internação.

Só mais tarde entendo a óbvia ambivalência da fi-

lha: se de um lado, a internação alivia sua responsabilidade, de outro, retira o único sentido que deu à sua vida, cuidar da mãe.

A mãe-filha-paciente, alheada, não agradece nem protesta. Há muito, sua mente retirou-se dos dramas humanos que ocorrem à sua volta.

Enquanto preencho os papéis necessário à internação, minha cabeça vai longe. Vem-me, agudamente, à mente um supervisor que tive quando era mais jovem e inexperiente ainda. O di Loreto. Ele era "vidrado" no estudo da relação médico-paciente. Não só médico-paciente. Clínico psi-paciente.

A cada 28 segundos nos lembrava da importância da mobilização emocional que ocorre em nós, clínicos psis, em todos os atendimentos. "*Sangria emocional*", como ele chamava. E que ganha seu ponto mais intenso, hemorrágico, no atendimento inicial, no caso novo. Vida inteiras são compactadas em 15, 20 minutos. E selecionados pelos aspectos mais dolorosos e mais trágicos.

Ele dizia que aprendeu isso atendendo e achou confirmação nos livros do Ballint. Que estudava e trabalhava, com a "sangria emocional" dos médicos. Qualquer médico.

Evidentemente, ele e o tal de Ballint têm razão: atendi até agora 3 casos. Habituais, comuns, dos que atendo todos os dias. E vivi três situações de sangria: duas sangrias de pena (principalmente este último caso) e outra de medo.

E não é somente a questão e "viver" estas pesadas e constantes emoções. Tão, ou mais importante, é conduzir o caso por essas emoções. (Na verdade, não seria "conduzir". Seria mais "ser conduzido" por elas, e depois, pagar o preço por isso).

(*Preciso retirar os livros do Ballini da poeirenta pilha de livros "indispensáveis e a serem lidos brevemente"*, me prometo com passageira, mas honesta solenidade.)

Me custou muita pena da moça, mas neste caso, sendo a internação útil e necessária, me senti, ao menos, eficiente.

Volto à sala de espera buscar o novo seguinte.

Rapidinho, pois, não quero me atrasar ainda mais, senão acabarei perdendo a reunião que tenho à noite do Movimento de Luta Antimanicomial.

É uma mulher de 38 anos. Na verdade, procura por causa do filho de 6. Descreve-o como "o capeta". Não tem parada. Destroí tudo. Faz mil maldades por dia. Já foi expulso de todas as creches e escolas do bairro.

Vem da Neurologia. Destruíu o consultório do neuropediatra que, com compreensível ódio, o encaminhou para a psiquiatria. ("*A psiquiatria é mesmo a lata de lixo do hospital*", constato pela milésima vez.)

A mãe me conta a história do garoto que, na verdade, é a sua. (Nunca sei direito quem é "*o paciente*").

História trágica. Só feita de desencontros.

Veio do Interior de São Paulo com 19 anos. Morou com uma tia. Arranjou emprego, pouco mais que salário-mínimo. Grana curtíssima. Quase nenhum prazer. Vida seca e ruim de fantasia.

Com o último e agônico suspiro de Eros, namorou o pai da criança. Metropolitano insinuante, levou ela pra cama. O que ela, secreta e medrosamente, também desejava. (*Mas isto ela não vai admitir à consciência consciente nem morta*, logo constato).

Deu azar: uma *trepadinha*, uma gravidez. Nem sentiu prazer. Quando contou pra ele que estava prenha, sobe que era casado, com sogra, filhos e tudo o mais de direito. Vergonha. Vergonha. Vergonha. Ódio. Ódio. Ódio. ("*Tudo que podia não ter acontecido, mas aconteceu*", lembro-me de ter lido num Psico-Pneumotórax). Sem saída, aceitou concubinar-se. A tia não aceitou. Alugou um barraco de zinco no fim do mundo. Chão de estrelas.

Com a gravidez perdeu, além da casa e da tia, também o emprego. Nunca mais conseguiu trabalhar regularmente porque o filho não fica nas creches e nas escolas. Antes porque chorava "*o tempo todo*"; hoje, pela agressividade e destrutividade. Vivem grudados. Ralha e bate nele o dia inteiro. Recebe pontapés e cusparadas.

Isto durante o dia.

As noites, estas, só poderiam ser cantadas por antigos poetas gregos. Solitário, infelizes, desesperadamente necessitados um do outro, deitados na única cama, do único cômodo, dão uma perigosa sopa por Édipo.

No ginásio me ensinaram a fórmula dos explosivos: salitre, enxofre e carvão. Explosivo ginasiário.

Explosivo nível universitário aprendi mais tarde: amor, ódio e sexo.

Droga e rock'n roll dão pós-graduação. Já, já, o garoto chega lá.

O pai passa "de vez em quando" no barraco e deixa algum dinheiro. Quase nada. As brigas são homéricas.

A criança, quando pequena sempre aterrorizada, hoje sempre agressiva. Evolução habitual. A mãe tem um único sentimento na mente: ódio infinito pelo pai da criança. E o seu par obrigatório: pena mais infinita ainda de si mesma. Não fala de outra coisa. Ficaria 8 horas comigo detalhando cada uma das "safadezas" que o pai da criança fez e faz com ela. (*Logicamente, a mil sadicadas que dá nele, são "justas"*.)

Quando fala mal dele, sua expressão é orgástica: o gozo infável trazido pelo honesto ódio.

Fez do filho seu confidente e depositário. Não se dá menor conta de que é ela, mais do que a própria ausência do pai, quem está transformando o filho num fera. É a mais trágica cegueira que encontro quando atendo casos de crianças.

O neuropediatra passou medicação sedativa. Me mostra a receita. Doses pesadas. (*O colega ficou com*

ódio mesmo, confiro). Mas mesmo assim, não está adiantando. Dorme um pouco depois do remédio. Quando acorda, está mais agitado e agressivo ainda. Me pergunta se deve continuar dando. Sinuca de bico: não quero bulir na prescrição do colega, mas aquilo não é prescrição, é raiva pura. "Afinado", como o original, do uma de Pôncio "Palitus": lavo as mãos e aconselho-a a voltar ao neuropediatra.

O exame do menino só serviu para eu absolver o neurologista (na verdade, para nos tornarmos ambos culpados do mesmo delito). Quando quis colocá-lo dentro da sala, deu-me tal pontapé que tive ganas de duplicar a dosagem.

("Preciso melhorar minha capacidade de continência", me recomendo. Sendo eu um bom psi, devo entender perfeitamente que ele não chutou "minha" canela, mas sim a canela "do terapeuta". Deveria sentir menos dor e menos raiva do que um mero neulogista.)

Mas, ainda não aprendi a não sentir dor "transferida". Continua doendo em mim. Talvez porque sou um médico jovem. (*"Quando crescer, chego lá"*, me consolo.)

Marco retorno para a mãe. Só para dar alguma satisfação, porque sei direitinho o que vai acontecer: rigorosamente nada.

Como já disse, não sou muito experiente. Apenas 6 anos de formado e trabalhando em dois ambulatórios, este pela manhã, outro à tarde, mais uma ponta de minguido consultório no fim do dia. Mais um plantão noturno por semana, e outro de 24 horas num fim de semana por mês, em hospital psiquiátrico.

Não sou experiente, mas já aprendi muita coisa. Aprendi, por exemplo, que não há nada neste mundo que faça desaparecer o ódio que esta mulher tem pelo pai da criança. É sua razão de viver. Ela se alimenta dele. É um ódio sentido como "honesto" em relação à própria mente. Não deixa culpas. A devastação acontece fora: no caso, no filho.

Sem desligar essa turbina geradora de ódio, fica humanamente impossível ajudar o menino.

Quando era mais inexperiente ainda, tentava fazer as mães compreenderem os inconvenientes para o filho desses ódios. Ainda cometia orientações.

Pura perda. Sempre deu Freud contra. Cutucando culpas, os ódios ficavam mais irracionais ainda. Sem saída.

Enquanto marco o retorno, fico devaneando um pouco sobre as maldades que a minha profissão faz comigo, todos os dias.

(E não vou deixar de dividir essas "maldades" com os leitores. Do ramo.)

- Quando está colocado no meu lugar, o que o leitor do ramo faz com casos como estes?

Refiro-me aos casos em que há, sim, um compo-

nente de loucura, mas nos quais, a loucura se assenta sobre a miséria.

Loucura e pobreza fazendo uma pasta indiferenciada, uma retroalimentando a outra, em vícios circulares de velocidade cada vez mais rápidas e que só se encerram com uma tragédia.

Inexoravelmente com uma tragédia.

Imagino que o leitor do ramo, deve viver na cabeça, como eu, a mais iníqua das dissociações. A dissociações ideo-pragmática.

Enquanto está compreendendo o caso, jogando com as idéias, entendendo o componente "loucura", tudo flui admiravelmente. Mesmo clínicos pouco lidos e pouco experientes como eu, saboreiam a satisfação intelectual de uma compreensão redondinha.

Mas no momento de agir, de ser útil e pragmático, o caso se apresenta pela outra face, pela miséria. O leitor e eu vamos ter que agir através da pobreza, da inexistência de recursos. Isto é, não agir.

Evidentemente, não conheço a condição clínica dos leitores. Alguns devem freqüentar nossa boa aristocracia econômica e talvez já nem mais se lembrem limpidamente de seus inícios. Mas todos, seguramente, temos restos de lembrança dos nossos primeiros aprendizados, pois são feitos sempre em cima deste lixo humano.

Eu, jovem, que não trabalho com amostras selecionadas, mas sim com a representação mais pura de nossa população, atendo 7, 8 casos de miséria absoluta, para 2, 3 "remediados" e 1 de boa situação econômica. Retrato fiel da população da minha terra. Como dizia Manoel Bandeira, que sabia dizer as coisas: "Tão Brasil!"

O que os leitores do ramo fazem? O mesmo que eu? Emprestem-me vossas "orelhas" e ouçam-me contar de mim.

Eu, jovem clínico psi, ameaçado de aniquilamento profissional, faço, inicialmente, uma poderosa formação reativa e começo a idealizar adoidado: psicoterapia pro garoto, psicoterapia pra mãe, convoca o pai pra orientação, consultar o neuropediatra sobre outros remédios etc.... etc.

Aí, vem à minha cabeça duas lembranças:

Primeira: lembro-me de que esta mulher não tem dinheiro nem para a condução, e que, até para vir ao hospital, tem que passar pela humilhação de pedir passes.

Segunda: lembro-me das supervisões do "di Loreto" e de sua advertência mais comum, mais sensata e mais "psicológica"; *"idealizou, si fu..."*

As duas lembranças são um bom antídoto contra idealizações delirantes e reconheço humildemente que para mudar a cabeça da mãe, haveria que realizar transplante cerebral, isto é, mudar a cabeça dela concretamente.

Reconheço também que psicoterapia pro garoto, só se for 8 vezes por semana. E com dona *Melanie*.

Relutante, mas, tenho que aceitar a evidência de que remédios não funcionam nestes casos. Os leitores do ramo e eu já constatamos centenas de vezes, que nenhum remédio dissolve ódio.

Mas o caso continua em nossas mãos e leito e eu não sabemos o que fazer. Surge, então em mim, o irresistível desejo de ser clinicamente desonesto e apelar para a *empurroterapia*. “Encaminhá-lo”. Para o Serviço Social, por exemplo. Que também não saberá o que fazer devido aos “aspectos psicológicos”. Vai “encaminhá-lo”. Para Deus, por exemplo. Ou ao vice.

Bom caráter que é, o leitor resistiu à tentação de “encaminhá-lo”. Ele continua nas suas mãos, portanto. Profissional responsável, o leitor do ramo também não quer brincar em serviço. Sabe que está atendendo o futuro psicótico. Ou assassino. Nenhuma mente agüenta, sem implodir, tantos anos destes níveis bárbaros de ansiedade.

– Por favor, o que é que os leitores do ramo fazem com casos como este?

Eu, da minha parte, neste caso aqui, tive uma “*gud aidia*”, e vou fazer a única coisa não idealizada que me ocorre. Colocar o nosso status (do hospital e meu) a serviço desta gente. E confiar na reserva de humanidade que (ainda) existe no povão. Classe média (como eu) faz generosidades; a aristocracia, filantropias; o povão “assume junto”.

Vou escrever uma carta pessoal, (em papel timbrado do Hospital e tudo mais) explicando o sentido, o significado (Não a importância, que todo mundo percebe), deste garoto *ser contido* numa escola.

Apesar dos meus poucos anos de experiência, já aprendi que essa é a chave do segredo. Suportar a agressividade, não por simples tolerância, mas por conhecimento e compreensão da necessidade do outro. Estou entendendo melhor os nomes da psicologia. Tolerar por compreender = conter.

Contido por algum tempo, esse garoto derrete que nem manteiga. Já vi isso acontece muitas vezes. Algumas vezes comigo mesmo. Ele tem apenas 6 anos. É razoável esperar que sua mente não esteja endurecida.

Boto esta carta na mãos da mãe e peço para ela entregar em todas as escolas de sua região (inclusive as que já os expulsaram). Não acredito que não haja uma professora, uma diretora ou uma orientadora que, compreendendo a situação desta família, não se disponha a se empenhar em contê-lo.

A compreensão deve determinar sentido de “causa”. Muito diferente de “suportar um pentelho”.

Vou também colocar a serviço da escola todos os recursos que eu e o hospital pudermos dispor.

Marcarei também tantos retornos quantos conseguir. Mesmo que seja, apenas, para o garoto vir chutar

minha canela (mas agora não me pega desprevenido). “*Estar em tratamento*”, cria uma esperança de perspectiva. Para a mãe, para mim, para o garoto, e para a (possível) escola.

Alguma coisa está sendo feita. Ninguém investe em causa perdida. E a psicologia é ótima para criar essa “esperança de perspectiva”.

Recebo inúmeros casos encaminhados por escolas que, em lugar de expulsar o aluno, dá “ultimatum” à família de procurar ajuda psicológica.

E muitos desse casos estão se agüentando nas escolas, apesar de não apresentarem grandes mudanças no comportamento. *Sentido de perspectiva*: “está em tratamento”.

Se o menino puder ser contido numa escola, a mãe poderá trabalhar e sem a odiosa dependência econômica das migalhas que o pai deixa, talvez ela consiga tirá-lo da cabeça (ao menos 28 segundos por dia). E encontrar outros interesses, um “terceiro” na mente, o que reverteria o círculo vicioso.

Qual é mesmo o nome do santo protetor dos psis? Dividido entre a dúvida de ter arranjado apenas mas uma forma de “empurroterapia” (no meu íntimo, sei que não, pois estou “assumindo junto”), e a alegria de ter encontrado solução mais criativa do que a “*psiquiatria-burra*” (“dou remédio ou indico psicoterapia”) que tanto me persegue, vou à sala de espera e chamo o próximo novo.

Decididamente, os deuses protetores me abandonaram. Sou atingido no famoso calcanhar. É um jovem homossexual explícito. Maquiado, cheio de trejeitos rebolados, me mede e me come da cabeça aos pés.

“*Tinha que calhar justo para mim, tinha!*” Carcamano grosseiro e rude que sou, cheio de conceitos e preconceitos – homem é homem; mulher é mulher – que não sei o que é isso de “opção sexual”, nem de outras modernidades!

Sei, sim, atendo, e até com boa empatia, compreensão e respeito, conflitos sexuais, inclusive homossexuais, mantidos na cabeça como conflitos intra-psíquicos. Mas não sei atender conflitos psíquicos que foram “resolvidos” por atuação. Vivendo o conflito na realidade, ele desaparece da cabeça, e aí não sei o que fazer, dado que sou apenas um trabalhado psi, que trabalha com o que as pessoas têm dentro da cabeça.

A queixa deste paciente é deste gênero, conflito com o mundo externo, não com a própria sexualidade. Veio porque “está desesperado”. Descobriu que seu companheiro lhe é infiel. Tem outra “menina” (sic). Diz que “*pensou em se matar*”. Não me assusto nem me comovo. “*Ele gosta demais de si mesmo para fazer isso. Senão, não estaria flertando comigo e me revirando os olhos*”, maldosamente essa idéia me vem à cabeça.

Procuo não pensar nas dificuldades pessoais que estou tendo com o aqui, agora, “*contigo*” e me con-

centrar apenas nos aspectos psicológicos.) "*Faz de conta que é enurese*", aprendi num escrito).

Raciocínio: ao fim e ao cabo, ele teve uma perda. Perdeu algo de bom que tinha na mente. É um episódio depressivo. Proponho, pois, indicação antidepressiva leve.

Negativo. Fuma maconha e se injeta cocaína. Em decorrência, consome toda farmacopéia psi conhecida. Pra dormir, pra acordar, pra se manter acordado, pra combater a tristeza, pra defender o direito de ser triste etc... etc.

Me passa pela cabeça como um relâmpago, a biografia mais que comovente do Elvis Presley.

Neste momento e pela primeira vez, me dou conta que tenho em frente, não um b..., mas alguém que sofre e tem conflitos, e que os atua na realidade porque a cabeça não agüentou contê-los e implodiu.

Lógico, me deprimi feio, ao perceber que o atendimento que estou fazendo beira ao escárnio.

Disfarço um pouco até me recompor e vê-lo como "paciente" e não como "bicha".

Mas continuo não sabendo o que fazer com ele. Não me ocorre nenhuma idéia criativa, como ocorreu no caso anterior. Só me ocorre fazer uma safadeza com o setor de psicologia, isto é, pedir testes psicológicos. A racionalização é conhecer a "estrutura de personalidade". A verdade é que preciso dar ao caso algum destino. Destino em que ele se sintia levado em consideração, e que me deixe por fora de seu atendimento. Não sei, não posso e não quero atendê-lo eu mesmo. Tenho minhas limitações e vou respeitá-las. Não posso fazer da minha nobre profissão clínica, uma disfarçada prostituição: "*traço qualquer um*".

Cheio de remorsos, encaminho-o ao setor de psicologia. Tenho meia hora para mais um caso novo e dois retornos.

Sei que os retornos não serão problema. Estou ficando experiente e aprendendo a "temperar" os atendimentos.

Em meio aos casos novos, onde não sei o que virá (e quase sempre vêm grandes dramas), coloco dois-três casos conhecidos, geralmente os que tiveram boa evolução. Necessitam vir periodicamente apenas para se reassgurarem que "*o Dr. está lá, disponível*", e para "*abençoar*" humanamente os comprimidos que tomam. Mais nada.

Funcionam como velhos amigos. Não se incomodam de esperar não fazem cara feia. São pacientes gratos. São minha área de refresco e de manobra.

O último novo é um deficiente mental visível, na cara. O paciente, de 30 anos, vem com a mãe. Tem rompantes agressivos. Inesperados. O que amedronta as pessoas da casa. Ninguém o aceita desde que começou a andar. Onde vai, dá vexame. Não tem amigos.

A mãe é pessoa de boa cultura. Sente-se que tem

vergonha do filho e que a vergonha transformou-se em ódio. Escuto o rosário de acusações. Há muito já não é mais mãe; é promotora. O paciente, este, nem me olha; se finge de morto.

Depois de um tempo razoável, interrompo. Procu-ro não enganá-la: digo que eu e o Serviço não temos recursos para atender casos de deficiência mental. Não tenho nada a oferecer, pois medicação ele já toma, e não vou internar um caso como esse, senão teria que internar em hospital psiquiátrico um quarto da humanidade.

Se irrita, diz que "paga aposentadoria" há 20 anos e tem "direitos".

Quanto mais tento argumentar, mais se desespera. Sente-se injustiçada. Não quer escutar nada; quer internar o filho. Também ela vai "dar parte".

Por fim, meio amedrontado, meio condoído, assino uma guia de internação por tempo curto (que não tenho dúvida, ela se encarregará de transformar em longo.)

Enquanto preencho a guia de internação, me vem à cabeça que os ambulatórios *psis* estão colocados de cabeça prá baixo (ou de pernas pro ar).

Quem habitualmente faz a "porta" psi, isto é, os primeiros atendimentos, são os clínicos mais novos no serviço, mais jovens e menos experientes. Ora, para ter idéias e soluções mais criativas, é preciso ter muitos quilômetros rodados. "Fazer a porta" tem a nobreza do pênalti no futebol. O povão diz que deveria ser batido pelo presidente do clube. A "porta" deveria ser feita pelos chefes do serviço e pelos clínicos experientes.

É o momento das decisões duras, das "comunicações dolorosas". E de triagem. Triagem significa julgamento. Escolhas. Decisões. Implica em ter coragem. Peito. Que eu não tenho. Nem poderia ter. Atualmente, com 6 anos de experiência, começo a me perceber com alguma capacidade para "fazer a porta".

Quando era residente e fazia meus rodízios de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica etc... a triagem era feita pelos cobras criadas. Eu, minhoca, acompanhava, ajudava e aprendia. Era sabido e admitido que eu não tinha, nem conhecimento, nem experiência, par tomar decisões difíceis.

Em clínica psi (psiquiátrica, psicológica) isto é sabido, mas não admitido. Funciona-se pela *ignorância negada*. Tudo se passa como se eu fosse eficiente e capaz.

A dinâmica da ignorância negada traz, entre outras, a decorrência de não se proteger o jovem trabalhador psi. Que mantém todas as ignorâncias adquiridas nas faculdades.

Todos sabemos que se quiser diminuir a enganação na área psi, cada Serviço tem que funcionar como uma pós-graduação, como uma residência, e preparar seus próprios jovens.

Desde que me formei, venho disfarçando minha ignorância. Resultado: em vez de fazer verdadeira triagem, acabo botando prá dentro quase todos os casos e fica aquela confusão.

Isto acontece comigo, que fiz uma faculdade razoável. Fico com mais pena ainda dos meus jovens colegas, psiquiatras e psicólogos clínicos, que fizeram uma das muitas faculdades de merda que estão por aí.

Mas este bem-estar relativo de me sentir menos pior que outros, não me consola em anda. Tenho desprezo por ele. Fui criado no realismo absoluto de meu pai, que me lembrava a todo momento: "*Filho, em terra de cego, quem tem um olho... é caolho!*"

Sinto-me mal, *pero no mucho*, de não ter conseguido peitar" esta poderosa mãe.

Como eu já antecipara, os retornos não foram problema. Perceberam que eu estava atrasado e deixaram os dois dedos de prosa para outra consulta.

Um deles, chegou ao requinte de fingir que era ele que estava apressado para eu não me sentir constrangido com a minha pressa. Renovaram a receita e se foram. Gratos. Pacientes gratos ajudam (e muito) a controlar os constantes sentimentos depressivos que tenho na minha profissão.

Saio correndo. No outro emprego me esperam mais doze casos.

Já no carro, me pilho inquieto e ansioso. Não necessito de muita introspecção para perceber que este mal estar está ligado ao atendimento do rapaz homossexual.

(-É muito suspeita essa tua dificuldade em lidar com pacientes homossexuais 'assumidos'. "Deve ser bicha enrustida!" os perseguidores atacam com toda força.

"Vou aumentar minhas sessões de análise, tento negociar com eles. Mas eles estão inexoráveis hoje.

- "Não venha com estas mentirosas idealizações!" - "Te esqueceste tão rápido da advertência do di Loreto?" - "Onde arranjar tempo? E grana?" "Já tens os ambulatórios, os plantões, o Grupo de Estudos, o Movimento de Lutas, os filho\$, a escola do\$ filho\$, os aluguéis\$, a\$ da\$ se\$\$\$ões de análise, as superviões etc... etc" - "Cadê tempo, cadê grana!

- "Nunca reparastes que peixes e jovens psis morrem pela boca?"

Os leitores compreendem, pois, que minhas dificuldades com a homossexualidade vão ficar como estão. Vou apenas continuar fugindo delas.

Mas, nem só de perseguições vive um jovem psi. Logo me vem à cabeça, a reconfortante lembrança da distencionada manhã de trabalho que terei depois-de-amanhã.

Amanhã ainda estarei "na porta", mas depois é dia das psicoterapias. Dia de recreio, comparado com "a porta". Apesar da minha pouca experiência com grupos.

Ainda recém-formado, iniciei-me na carreira de psicoterapeuta individual. Armado apenas da tradicional bagagem dos maníacos: cara (de pau) e falta de crítica. Mais perdido que cachorro em dia de mudança, tornei-me "adito" a superviões (às quais, no entanto, sou hoje agradecido, pois, me salvaram do enlouquecimento por ansiedade, confusão mental e posterior excesso de crítica.)

Hoje sou psicoterapeuta individual médio, quase-boua. A maior parte desta experiência quase-boua, eu adquiri neste ambulatório da manhã.

Porém, há uns 8-9 meses, nós os psicoterapeutas deste serviço, decidimos nos reunir para avaliação crítica das "*psicoterapias em serviço público*" de enorme demanda.

Ainda não encerramos a revisão crítica, mas algumas medidas já foram postas em prática, tamanho era o consenso:

1) Acabar com as imorais e enganosas filas de espera. Apenas alguns poucos pacientes inscritos em excesso, em função das desistências. (Por isso, no caso do meu primeiro paciente de hoje, me referi a uma "filinha".)

Informar claramente aos excedentes que não serão atendidos. A chefia imediata "fecha junto" e "segura as pontas".

2) Resistir bravamente e na prática, às pressões, vindas das tais de "instâncias superiores" para que se atenda "todos os necessitados". Fugir, portanto, à justiça linear de "um pouquinho para todos", no caso das psicoterapias. Concordamos que "nenhuma psicoterapia é preferível a um pouquinho de psicoterapia". Assim como todos concordamos que não faz sentido dividir um comprimido de Aspirina em 20 pedacinhos, se tivermos apenas um comprimido e aquele tanto de pacientes.

É necessário sofrer a dor de uma escolha. Difícil, mas obrigatória, se quisermos enfrentar verdadeiramente a questão, e não apenas, salvar nossa cara.

3) Pesquisar na prática métodos psicoterápicos que tenham, em princípio, potencial de atender um número maior de pessoas.

Foi assim que, por acordo, fomos encerrando as psicoterapias individuais, mantendo-se, no entanto, o direito de cada terapeuta conservar dois pacientes individuais (sempre há aqueles "de pesquisa", os que usamos para superviões, ou simplesmente aqueles pelos quais nos tomamos de amores...)

Alguns terapeutas estão ensaiando e estudando Psicoterapia Breve, outros, outras técnicas e outros, como eu, Grupos.

Ainda não peguei o jeito da coisa. Tenho sempre a impressão de estar fazendo mais *psicoterapia no atacado*, do que psicoterapia de grupo. Mas estou aprendendo. À medida que consigo ficar mais calado (ape-

nas "dirigindo o tráfego" de trocas), os próprios pacientes se encarregam de "terapeutizar" a sessão.

Mas estou literalmente "boquiabrido" com os bons resultados da terapia de grupo para crianças, quando o grupo é bem "balanceado".

Estou me arriscando também a me iniciar em formas menos ortodoxas de psicoterapias, como terapia vincular, de casal. Muito necessária para quem trabalha também com crianças. Mas está se mostrando mais difícil e mais complicada do que parecia. Acabo fazendo mais uma espécie de *terapia com platéia* (e que platéia!) do que terapia de casal. (*Preciso fazer um curso desta terapia*, me prometo, esquecido convenientemente, que peixes e psis morrem pela boca.)

Foi assim que, recentemente, me tornei um Psicoterapeuta de Grupo.

Dialogando, ora com os poderosos perseguidores, ora com as frágeis defesas, nem me apercebo que já cheguei ao ambulatório da tarde.

Este trabalho é minha desgraça. Não sei porque fico nele. (*Além de bicha enrustido, devo ser um tremendo de um masoco*). Só pode ser isso).

Fica prá lá do fim-do-mundo (eufemisticamente "periferia"). Na verdade fica no próprio Jardim Três Tetas.

Também não tenho nenhum recurso auxiliar. Só eu e Deus (mas, substituíram Deus por um pediatra, um clínico geral e um ginecologista.)

Não vou me alongar na descrição deste ambulatório porque todos os leitores do ramo conhecem as pragas que as atraentes, mas enganosas modernidades neoliberais, trouxeram para o trabalho clínico: as empresas médicas. Que prostituíram tudo. A começar por nós, clínicos.

É o exemplo vivo e acabado de tudo o que não deveria acontecer na medicina e nas profissões clínicas de modo geral.

O ginecologista, *Dr. Fokyou*, é o dono, o empresário. Empresário mesmo. Nunca o ouvi dizer uma frase sobre assuntos médicos. Seu linguajar é feito de expressões tão clínicas como *prejuízo, investimentos, aplicações, custo-benefício*.

Como já disse é ginecologista. Mas, pelo modo brutalizado e apressado com que trata as pacientes, deve ter ódio de trabalha onde os outros se divertem.

Quando comecei aqui, tive um arranque feio com ele. Queria que eu atendesse "quantos pacientes viessem".

Disse-lhe que não faria isto e que procurasse outro psiquiatra. Argumentou com um discurso demagógico e racionalizado sobre "*o direito que cada cidadão tem a um atendimento médico?*". É um safado, mesmo.

(*Como é que vou conseguir que este poço de insensibilidade entenda que não é uma questão de número. A questão é a quantidade de sofrimento humano que um clínico é capaz de conter. De entrar*

em contato sem ficar insensível com ele.)

Assisti pessoalmente (com estes olhos que a terra ainda vai demorar pra comer...) um exemplo prático extremado deste cinismo defensivo.

Um pediatra, conhecido meu, trabalhando num destes horríveis Postos de Atendimento "da periferia", tinha um mundo de crianças para atender cada manhã. Impossível atender (atender mesmo) cada paciente. Então, dividia as crianças em grandes grupos sintomáticos. O da tosse e o da desinteria eram, evidentemente, os mais concorridos. Medicava os sintomas em grupo (na verdade, no atacado), e me piscava um olho esperto: "*É fácil.*"

Não era nenhum monstro humano. Defendia-se e se deformava.

Ao custo de muitas brigas, consegui limitar a 12, os atendimentos nas 4 horas.

Aceitou, mas não "aceitou" a limitação, pois, não perde oportunidade de me jogar na cara os prejuízos que está tendo com minhas "exigências". Só posso concluir que é um gênio e um mago das finanças. Porque, somando todos os prejuízos que lhe damos, eu e os outros médicos, seus empregados, já abriu três novos ambulatórios e um hospital psiquiátrico.

Mas, não houve jeito de arrancar-lhe os atendimentos com hora marcada. Usa a grande arma dos safados, a projeção. Me respondeu que "*este tipo de clientela, não vai entender e aceitar isto*".

Assim sendo, quando chego, à 1 hora da tarde, já encontro a sala de espera entupida e gente cansada, irritada e com fome. Que estão me aguardando há horas. Para elas, estou sempre atrasado.

Como atendo também crianças, elas estão insuportáveis. Nunca sei se a agitação agressiva delas vem da doença ou é um saudável protesto.

Minha salvação é a atendente. Experiente, organizada e organizadora, eficiente, suave e firme, com pouquíssimo palavreiro bota uma ordem toda sua nos atendimentos. Associa vários critérios: gravidade, urgência, grau de desespero etc. E até manda passear e voltar mais tarde os que estão muito reivindicadores. Sempre acerta.

Não sei onde arranja, mas tem sempre uns pirulitos para as crianças muito inconsoláveis. Não sei o que seria de mim sem a Sra. Sweetheart.

Logo que chego, me passa a dica que é para atender primeiro o caso de uma mãe com uma criança "*que está agitando a sala de espera*". Sigo a dica.

Trata-se de um caso com sintomatologia estranha, diferente. Nunca vi, nem li nada parecido. (*É verdade que não sou "tão lido"*, assim.)

É um menino de pouco menos de 7 anos e que toma litros e litros e água faz, naturalmente, litros e litros de xixi.

Nem preciso esperar pela hora de exame do garoto.

Tão logo a mãe me conta seu sintoma principal, vai até a garrafa d'água que tenho ao lado da escrivaninha, e toma toda ela. E pede mais. E toma mais.

Tomaria quanta água eu lhe permitisse. Fica com um barrigão imenso, que exhibe com visível prazer. A cena vista ao vivo e a cores é engraçada. Não é à toa que "a sala de espera estava agitada".

Digo à mãe que seu filho deve ter alguma forma de diabetes. Negativo. Me mostra uma série de exames, repetidos, birepetidos e trirepetidos, que demonstram que o filho não tem, nem diabetes melitus, nem diabetes insípido. ("O que será, então, isso, meu Deus?" me espanto baixinho.)

Apesar dos 11 casos que me esperam, picado pela curiosidade, inicio uma investigação mais demorada que propicie chances compreensivas.

A mãe é pessoa lúcida e inteligente, e como todo mundo por aqui, (menos eu) tem pequeníssimos recursos econômicos. Mas é "sacativa" e, praticamente, me passa o diagnóstico compreensivo.

Abandonada pelo pai da criança pouco após o nascimento do filho, ficou entre a cruz a caldeirinha: ou morriam todos de fome, ou saía pra trabalhar, abandonando o filho. (*Abandono, abandono, abandono*, é a palavra que mais ouço no meu trabalho).

Consegui "uma meninota" para cuidar do filho na sua ausência. O bebê chorava muito. Por ensaio e erro, descobriu que o filho se acalmava com mamadeiras de água com açúcar, dadas nos intervalos das mamadeiras de leite. Para a "meninota" que ficava com ele o dia inteiro, a mamadeira de água foi "a" descoberta, a chave do segredo.

Oferecia essas mamadeiras o tempo todo. Pouco a pouco, o bebê foi se afeiçoando às mamadeiras de água e passou a preferi-las à qualquer outra coisa. Mais tarde, a mãe, preocupada, jogou fora todas as mamadeiras. Passou a tomar no copo. Com o crescimento e a independização, não mais solicita, serve-se. Não troca a água por anda. Não troca por presentes, promessas, afagos, broncas ou surras. Por nada mesmo.

Recentemente a mãe ouviu falar que neste ambulatório tinha um médico que atendia "crianças com problemas emocionais". (*É pobre, mas é inteligente, esta rica mulher*, me encanto).

Como se vê, ela praticamente ditou a compreensão psicodinâmica do caso. Só não soube botar nome bonito: "objeto transicional". A mamadeira e água passou a ser a reconfortante representação da mãe ausente. É seu objeto amoroso.

Agora, mas crescido, fatura também certo ganho secundário com o Ibope que dá com suas exibições. Mas o ganho secundário tem importância secundária.

Este garoto necessita de cuidados psicológicos muito além do que é possível neste ambulatório. Vou descolar um colega que se interesse pelo caso. O que não

será difícil, pois este paciente tem a boa sorte de despertar um certo "interesse científico".

(*Preciso também xeretear se o Winnicott atendeu e publicou, algum caso de relação transicional com objeto tão esquisito assim*, fantasio com "tornar-me Autor".)

Sweetheart separou ouro prontuário na pilha à parte. Sinal de atendimento mais cuidadoso. Como Sweetheart não erra, é este que chamo em seguida.

Quadro psicótico reativo em início, num paciente jovem. Não pirou de todo, mas está a caminho. Não consegue dormir e, em vigília vive "sobressaltado". Quando consegue cochilar, logo acorda, assustado sempre pelo mesmo sonho: olhos severos que o fitam acusadores. Em medo de tudo. Aprendi com a prática clínica que "medo de tudo" 'o sintoma característico de ansiedade desagregadora em 'último grau. (*"Vai pirar logo, logo"*, me assusto.)

Conta sua história. Triste, e muito freqüente.

É originário de uma pequena cidade do nordeste. Infância miserável na roça. Seu pai é uma fera. Criou-se com um acompanhante permanente, o medo do pai. Tornou-se um medroso crônico. É nordestino, mas não é um forte.

Há um ano estão em "Sumpaulo". Bateram, ele e o pai, em porta em porta procurando emprego. Sem nenhuma qualificação, não encontraram. Só não passam fome, literalmente, porque a mãe lava roupa "para fora", e faz faxina em prédios. Há alguns meses, finalmente, foi aceito como vigilante noturno de um galpão, depósito de mercadorias.

Puseram-lhe no corpo um uniforme (que o faz sentir-se importante) e na mão um revólver (do qual morre de medo). Irônica maldade do destino: um medroso acha emprego de corajoso.

"Doze por trinta e seis". Este é seu regime de trabalho. E oito da noite às oito da manhã. Noite sim, noite não. E sozinho. Doze horas de pânico permanente. Já está interpretando ruídos e sombras. Vê e ouve "assaltantes". (*E sonha com olhos-pai*, aproveito para dar minha sacadinha dinâmica.)

Não consigo descobrir o que possa fazer efetivamente por ele. Vou pelo óbvio. Ponho no ar a sugestão de que deixe este emprego. Me responde que "*ai o pai me mata*".

Viciado em psicologias, demoro um século para entender que ele tem mais medo do pai real do que do pai interno.

("Sai do óbvio, infeliz", me ordeno). Inutilmente. Continuo no mata-burro. Apesar da psicodinâmica evidente, só posso ir pelo caminho mais à mão, os fármacos. Pergunto a ele se quer "um calmante". Me responde: "*só se não der sono*". Idiota, retruco que ele me procurou "exatamente" porque não consegue dormir. Pacientemente, me explica porque "*não pode*

dormir". Espalhados pelo galpão-depósito há um mundo de relógios-de-ponto que ele deve "picar" em horários pré-estabelecidos. Se ele dormir, não "pica", os relógios acusam e o "capataz" vai saber. Perde o emprego. E "aí o pai me mata".

(*Gastei à toa meu pouco latim psicodinâmico. Os olhos sonhados eram, hoje, apenas os relógios. E me prometo que na próxima serei menos mecânico e estereotipado.*)

Mas nos seus neurônios, está gravado a ferro e fogo: "Sono, o grande inimigo!" "Comé que faz pra desgravar?"

Fico olhando pra ele e me perguntando, p...: "O que é que esse cara está fazendo na psiquiatria?"

Que recursos eu tenho par ajudá-lo?

Para atendê-lo de forma eficiente eu teria que possuir, ao menos um, entre dois recursos:

a) Algum produto que eliminasse medo dos medrosos, ou

b) recursos para arranjar empregos apropriados para meus pacientes. Por exemplo, empregos apropriados para medrosos.

Desculpem, mas novamente tenho que me socorrer dos leitores.

Sei que os leitores do ramo, mesmo os mais experiente e criativos, não contam com fórmulas secretas que operam maravilhas como dissolver medo. Também não possuem agências de psico-empregos.

– Então, o que é que os leitores do ramos fazem?

A pergunta é honesta. Informativa. Para eu aprender.

Porque eu, pessoalmente, não faço nada. Ao menos, nada eficiente.

A única coisa que acontece, é que minha cabeça implode. Em pedaços. E cada pedaço fica com uma associação de idéias, uma fantasia absurda e aleatória (Não eficiente) em relação à tarefa que devo cumprir.

Neste caso aqui, minha cabeça implodiu em 4 pedaços.

O primeiro pedaço toma uma decisão inexorável:

– Vou fazer psiquiatria na Suíça! Lá os pacientes devem ser cultos, ricos e ociosos. Como os pacientes psicológicos que se prezam devem ser. Com pacientes ignorantes, paupérrimos e perseguidos pelo relógio-de-ponto, psicologia não dá pé!

O segundo estilhaço se põe a resmungar com a indústria farmacêutica: *"inventaram tantos remédios; só não inventaram os únicos dois que eu realmente necessito. Só não inventaram a egotonina e a superegolisina.*

Os leitores já imaginaram atender este caso (ou aquele primeiro da manhã), armados de comprimidos de egotonina! Combinada com superegolisina!

E se não for pedir demais, bem que a indústria farmacêutica psi, poderia quebrar o galho do garoto "ca-

peta". Com alguns comprimidos de *odiolisina*.

(Nem ousou fantasiar com a felicidade do dia em que a indústria conseguir sintetizar a mais necessária das psicolisinas, a que dissolve invejas.)

Já imaginaram como seria o meu (e o seu) dia de trabalho?!

O terceiro "caco" da mente, fica com associações românticas. Lembro-me que já li este paciente em Gonçalves Dias. Vestido de penas, cocar, arco e flecha, nos versos épicos do Juca-Pirama. Lembram-se do pai do filho suposto covarde: *"Tú choraste em presença da morte?"*

E que Kurozawa já me mostrara ele em coloridos quimonos de samurai covarde. Matando-se, no indigno interminável Hara-Kiri do punhal de bambú. Imposto pelo pai.

Agora está ele aqui em versão sem glória e suburbana. Severino covarasa. Seus únicos crimes: ser pobre e ter um *"padre-patrone"*. Que lhe partiu a espinha da mente e agora, maldosamente, exige que seja ereto.

O último pedaço da mente vai para o passado. Familiar. Vai para meu pai.

Ele tinha um jeito felicíssimo de definir impotência. Impotência absoluta, irremediável. Já era idoso, mas não se conformava com suas incapacidades sexuais. Ficava p... e, por vezes, chegava a usar o recurso dos desesperados: ridicularizar-se a si mesmo. Raivoso e inconformado, me perguntava:

– *"Sabe como é a vida sexual de um casal de velhos?"*

– ???

– *"Culo con culo, e buona notte"*.

Assim eu me sinto frente a este paciente. *Culo con culo*. A imagem perfeita da inoperância.

E o que é que eu digo pra ele? *Buona notte?*

Bem que eu queria, mas não é isso que digo.

Me ocorre pedir ajuda a um dos grandes santos protetores: São Placebo. Entro na sua ambigüidade e lhe digo que *"tenho uns poderosos comprimidos, ótimos prá dormir, mas que não dão sono"*.

(Na verdade, o santo é outro. É São Winnicott. Ele "sacou" melhor que ninguém que *as coisas psicológicas se passam no espaço da ambigüidade, no espaço transicional.*)

Receito-lhe comprimidos de um hipnótico de criança, pouco mais que água-com-açúcar, porém, com bula ultra-convicente. Agradece e vai saindo.

Mas, para trabalhar no nível incrivelmente inteligente de Winnicott, é preciso ter o que (ainda?) não tenho: competência. E por isso, tropeço na gravata. Me vem um medo absurdo da minha própria prescrição. Assustado, chamo-o de volta e, recomendo-lhe insistentemente que só tome os comprimidos, "logo depois de sair do plantão, quando tem 36 horas antes da próxima noite de trabalho."

“Meu Deus, fiquei louco de vez: passei a acreditar que aqueles comprimidos são poderosos! Estou sentindo em mim o medo que o paciente tem de dormir e perder o emprego! Agora sou eu quem, com estas identificações, precisa de proteção celestial. Das grandes. São Sigismundo! protegei os jovens psis!”

Me esforço por rir desta última “sangria”, mas só consigo um esgar amarelado. Tenho que reconhecer que não estou desconfiança e que a única coisa saudável a fazer é terminar rapidinho.

Vou olhar a pilha de fichas. Todos são conhecidos retornos, felizmente.

Renovo os comprimidos de vários psicóticos crônicos e alguns “borders”, sem abençoar humanamente os comprimidos *(na próxima consulta me interesse por “eles”, a imprescindível e indefectível racionalização vem em meu socorro.)*

Os restantes são drogados. De todas as naturezas. Drogados pelo álcool, drogados pelo medo da vida, drogados pelo “craque”, drogados pelo ódio, drogados por invejas legítimas e ilegítimas.

Bem que eu poderia copiar o pediatra que dividia os pacientes em grandes grupos. Todas as pessoas que atendo, ou pertencem ao grupo dos *“Tudo o que podia ter sido e que não foi”,* ou ao grupo dos *“Tudo o que podia não ter acontecido, mas aconteceu”.*

Hoje não quer mais ouvir dramas humanos. Em qual quer dessas duas versões.

Interno os pacientes que me pediram internação e aqueles que suas famílias pediram. Isto é, interno todos. Habitualmente, interno só os que estão em estado grave de saúde física ou os que estão “aprontando”, como espancar mulher e filhos.

Termino as rápidas anotações nas fichas e começo a me armar pra ir embora mais cedo.

Hoje o patrão não vai se importar. Ele, que é dono também do hospital, vive dizendo que eu, de propósito, não interno quase ninguém, pra que seu hospital vá à falência. O que é uma rigorosa verdade, enquanto ele não melhorar (e muito) o lixo de hospital que tem.

Mas hoje dei-lhe uma colher de chá.

Estou guardando meus trecos quando entra Sweetheart: *“O Sr. atende um caso extra?”*

Caso extra. Um tormento aqui deste ambulatório. Do qual Sweetheart tenta me proteger todos os dias.

Não existindo na região nenhum Pronto-Atendimento Psi, as urgências aparecem como *“casos extras”.*

Santa Sweetheart vela por mim: só deixa passar o que julga verdadeiras urgências. E não erra.

Ainda assim, arrisco dizer que “hoje não”.

Mas ela, do alto do seu “feeling” de 30 anos de janela (tem olho clínico muito melhor que o meu) me passa a dica, que é uma ordem: *“Ele (o paciente extra) tem cara de grave”.*

Troco as pilhas e vou a seu encontro. Tem “cara gra-

ve” mesmo. Introspectivo, vincado, as rugas do rosto se juntaram tanto que fizeram uma só. Não tem “jeito” de psicótico. Bem ao contrário.

À medida que o observo melhor, me ocorre a palavra certa. Tem cara de *determinado*. Fica um tempão em silêncio e imóvel. O respeito qu ele me determina é religioso. Depois de muito tempo, fala com voz firme, também determinada:

– “Qual o remédio mais forte que o Sr. tem?”

– “Forte prá quê?”

– “Prá segurar a gente por dentro!”

– “O que é que o Sr. quer segurar dentro?”

– “Raiva! Ódio assassino!”

E me conta sua história. Tem 41 anos. É metalúrgico numa grande siderúrgica da região. Há alguns meses trocaram o capataz. *“O antigo era duro, mas justo. Castigava quem merecia”.* *“Nunca precisou levantar a voz comigo. Em mais de vinte anos, nunca perdi um dia de serviço, nem cheguei um minuto arrasado”.*

Vejo que é um cabra brioso, orgulhoso e absolutamente íntegro. Justiça – injustiça é o pilar que sustêm sua mente. Vê a si mesmo e ao mundo por essa ótica. É nordestino e, antes de tudo, é um forte.

Agora me descreve o novo capataz. A descrição é a de um perverso. Sabe despertar medo e gosta disso. Tem *“la psychologie du rôle”.* *“Distribui castigo a torto e a direito, sem justiça. E humilha. Isto eu não agüento; ser humilhado”.*

A relação com o capataz o atinge no pilar central. Vem agüentando injustiças há meses. A raiva acumulando, acumulando, acumulando. Hoje atingiu o insuportável. Sabe que vai matá-lo. Chora por si, antecipado.

Entende claramente que vai “estragar” sua vida. Anos e anos numa penitenciária. Mas não pode fazer nada: *“ser humilhado, não agüento.”*

Hoje pela manhã, quando o capataz estava humilhando um seu amigo, pegou uma marreta e foi em direção a ele. Chegou mesmo a saborear o alívio de *“acabar com todo este inferno dentro”.* Um segundo antes do ato concreto, controlou-se e saiu da fábrica. Perambulou sem destino, usando o melhor neurolético que possui: a lembrança da mulher e dos filhos.

Não conseguiu diluir o ódio. Sabe *(e agora todos sabem)* que vai matar o capataz amanhã. Ou ser morto por ele. Quando for repreendido e humilhado por seu gesto de hoje.

Perto do fim da tarde ocorreu-lhe a idéia. De amar-rar-se por dentro.

A mente dos terráqueos é a coisa mas estúpida que existe na face da Terra. Ao menos a minha é. Sabem o que me passa pela cabeça nesse exato segundo? Isto: Em matéria de *“crônica de uma morte anunciada”,* o *Santiago do Garcia Márquez é mero aprendiz. Meu metalúrgico é muito melhor.*

Mas, fique tranqüilo o leitor que, apesar das fantasias intrometidas, respondi sim, a seu pedido de amarrar-se. Por dentro. Dei nó em todos os seus neurônios. O meu medo ainda se encarregou de multiplicar seu pedido por 2. Ou por 5. Talvez por 10.

Ainda no ambulatório, apliquei-lhe doses intramusculares de neuroléticos e hipnóticos suficientes para derrubar dois hipopótamos.

Mas não consigo me acalmar. Sei o que aquele tamanho de ódio faz. Vi hoje de manhã o que o ódio acumulado faz com o garoto "agressivo" e "sem parada". Ele também toma doses hipopotâmicas de neuroléticos. Dorme algumas horas e volta pior.

Se o metalúrgico conseguiu se levantar e for ao trabalho? ("nunca perdeu um dia de serviço) *ainda mais meio dopado, a única coisa que terei conseguido é que ele, em vez de matar, seja morto.*

Mais tarde, no carro, os medos e as inseguranças atingem o auge. Tem a forma de um festival de "será que?"

"Será que a mulher dele consegue arranjar uma enfermeira para aplicar-lhe as doses da madrugada?"

"Será que não deveria ter internado ele, mesmo contra sua expressa vontade?" "E mesmo contra minha expressa convicção, não deveria ter privilegiado a segurança acima de tudo?"

Como os leitores do ramo, vivi toda a ambivalência. Num momento decidia que sim. No minuto seguinte, que não.

As projeções, introjeções e identificações comem soltas: a segurança do paciente é também a minha. E minha tranqüilização.

Tive muita vontade de interná-lo, mas não o fiz. Decidi correr o risco, ele e eu. Por um motivo: *interná-lo em hospital psiquiátrico seria transformar um ser trágico num maluco. Um ser humano íntegro, num "pinel". Num "goiaba". O que iria, não amarrá-lo, mas, matá-lo por dentro! De vergonha e humilhação!*

(Ajudou muito na decisão de não interná-lo, as lembranças das cenas de um filme que assisti recentemente. Imperdível. Os leitores me agradecerão a indicação. Tem vídeo. O título no original italiano é saborosíssimo, mas intraduzível. Em português chama-se "Uma janela para a lua".)

"Será que Sweetheart vai conseguir entregar em tempo, o relatório que escrevi para o médico da fábrica, pedindo-lhe que conceda licença médica imediata para meu paciente?"

"Será que?" "Será que?"

Vou pelo congestionado trânsito do fim da tarde, com a cabeça pipocando de tanto "será que".

Mas, pouco a pouco, minha cabeça começa a fazer as pazes com ela mesma. Literalmente, "vejo" os mecanismos de defesa atuando. Estou angustiado com meu trabalho clínico, mas, contraditoriamente, só me

vem à mente, situações clínicas jocosas e hilariantes.

Consigo sorrir um pouco quando lembro do "caso" que uma colega, também psi, me contou: "Entra pelo meu consultório, ma senhora trazendo a filha de dez anos." *"Trouxe ela pra tratamento, Doutora. Sei o que tem de errado com ela. Eu já fiz psicanálise, e sei que ela sofre de amor de Édipo!"*

Sorrio um pouco mais, quando me recordo de uma colega que tenho num Grupo de Estudos que frequento. Muito ignorante, mas muito metida, vive se queixando: *"Só eu falo aqui no grupo; ninguém me responde. Ninguém me dá um "back ground".*

Já estou rindo abertamente quando me lembro de um colega contando sobre uma nova paciente que recebeu no consultório, e se queixa que seu marido lhe é infiel: *"Sou uma mulher traída, sou uma mulher "adulterada!"*

A mente dos terráqueos é a coisa mais estúpida, mas é também a máquina mais maravilhosamente auto-regulada do mundo.

Já mais recomposto, chego ao consultório. Atrasado. Meu único paciente particular *"esperou um pouco e foi-se embora"*, me informa o porteiro do prédio.

(Já não sei mais se quero ir pra Suíça. Os clientes particulares são cultos, ricos e ociosos, mas exigentes. Muito exigentes.)

Resolvo também não ir ao encontro das lutas anti-manicomiais. O superegão não deixa. Também pudeira. Depois de internar num dia só, 7 pessoas em manicômios, o que é que eu iria fazer no encontro de lutas *anti-manicomiais???*

"Vou é pra casa, ficar um pouco com minha mulher e brincar gostosa e pacificamente com meus filhos", decido.

Na Ruben Berta, agora nada gentil, voltam os "será que?" Mas já deu tempo das defesas funcionarem. Mais calmo, vou pensando sobre meu trabalho em particular e filosofando sobre minha profissão em geral.

"Vou deixar o ambulatório da tarde". "É só o consultório melhorar um pouco e deixo". "Aquilo é ma bomba-relógio". "Sem retaguarda, sozinho, e sendo eu pouco experiente, trabalhar naquele ambulatório é pior do que "ir em festa de tarado sem calcinhas".

No entanto, amanhã, quando vou saber que o caso do metalúrgico que queria se amarrar por dentro, foi resolvido de forma linda e humana, sei que a decisão vai balançar.

Querem saber como terminou o caso dele?

Depois que eu saí, Sweetheart "descobriu" umas amigas que trabalham num Pronto-Socorro Municipal das redondezas, que "descolaram" uma ambulância. Levaram o metalúrgico adormecido para casa. Ela foi junto, levando os remédios, o aparelho de pressão e tudo o mais. Passou a noite na casa dele, vigiando,

cuidando e medicando.

Mora no bairro há muitos anos. É conhecida e respeitada, inclusive por pessoas da hierarquia média da siderúrgica. Falou com eles. Vão mudar meu metalúrgico de turno, portanto de capataz. Levou meu relatório ao médico da fábrica, que lhe concedeu duas semanas de licença. Tudo ambíguo e transicional. Não "entregou" nem o paciente, nem o capataz.

(Se algum leitor estiver interessado num curso prático de Winnicott, talvez consiga que ela aceite estagiários. Desde que tenham vocação pra "assumir junto").

Quando, na tarde do dia seguinte, fui com a atendente visitar e examinar o metalúrgico em sua casa, ele estava muito "grogue", mas era visível que o irresistível impulso já tinha passado. É a vantagem de não se ter maldade que vem de dentro. Só reativa.

Mas só vou saber de tudo isto amanhã. Por agora, estou no carro filosofando sobre a estranha profissão que escolhi. E que está me deixando esquizofrênico.

Tem horas em que me sinto o cara mais importante e necessário do mundo. Vontade até de dizer a todas as pessoas que encontro: "Tenham muito respeito por mim; sou um clínico, e *psi!*" Nessas horas também acho que deveria ser muito respeitado e até ganhar bons salários. ("Afim, quem se dispõe a carregar com todo sofrimento do mundo, merece algum alívio no seu próprio", começo a pechinchar, mas logo paro, quando, envergonhado, me lembro das cifras escritas nos meus "holerites".)

Tem outras horas em que me vejo como a mais completa inutilidade. Mais dispensável que comentarista esportivo na TV.

E aí me vem uma vontade danada de mudar de profissão e de ir trabalhar com as coisas boas da vida. "Vou abrir uma pastelaria. Melhor, uma floricultura. Melhor ainda: uma sorveteria!" Melhor, melhor, melhor ainda: vou-me embora, junto com Manuel Bandeira.

*Vou-me embora pra Pasárgada
Lá sou amigo do rei
Lá tem a mulher que eu quero
Na cama que escolherei
Vou-me embora pra Pasárgada.*

*Vou-me embora pra Pasárgada
Aqui eu não sou feliz
Lá a existência é uma aventura
De tal modo inconseqüente
Que Joana a Louca da Espanha
Rainha e falsa demente
Vem a ser contraparente
Da nora que nunca tive*

E como farei ginástica

*andarei de bicicleta
Montarei em burro brabo
Subirei no pau-de-sebo
tomarei banho de mar!
E quando estiver cansado
Deito na beira do rio
Mando chamar a mãe-d'água
Pra me contar as histórias
Que no tempo de eu menino
Rosa vinha me contar
Vou-me embora pra Pasárgada*

*Em Pasárgada tem tudo
É outra civilização
tem um processo seguro
De impedir a concepção
Tem telefone automático
Tem alcalóide à vontade
Tem prostitutas bonitas
Para a gente namorar*

*E quando eu estiver mais triste
Mas triste de não ter jeito
Quando de noite me der
Vontade de me matar
- Lá sou amigo do rei -
Terei a mulher que eu quero
Na cama que escolherei
Vou-me embora pra Pasárgada*

Mas, pensando bem, tolice essa vontade de não ter jeito que me dá às vezes de pastelarias, floriculturas e sorveterias. Não tenho competência para isso. Vocacionado e viciado em me identificar com os interesses do paciente, portanto, do "outro", (como qualquer clínico que se preze se identifica) acabaria dando sorvetes e pastéis pra toda molecada do bairro. E flores para as donzelas.

E à Pasárgada vou sempre que desejo. Eu e meu primeiro paciente de hoje, somos bons de fantasia.

Na verdade, sei que não há nada errado, nem comigo, nem com a minha profissão.

O único grande defeito da minha profissão é que ela é pouco eficiente. Isso há que reconhecer. Quase nada da fabulosa quantidade de conhecimentos acumulados, transformaram-se em ferramentas úteis para a prática.

Mas o mundo convive bem com muita coisa pouco eficiente, isto também há que reconhecer.

Jogadores de futebol são pouco eficientes. Inúmeras partidas terminam zero a zero. Com sessões de 90 minutos e atuando em equipes multi-multidisciplinares. Também, se eu errasse um décimo do que erram os "bandeirinhas", o Conselho Regional de Medicina já teria cassado meu diploma há séculos.

Não se trata, pois, de questões de eficiência. A grande questão é que a clínica psi não serve para tratar de registros mentais reais e corretos da realidade. Aí não há o que "tratar". A clínica psi trata de enganos da mente. De pessoas que se sentem miseráveis, sem o serem. Se forem, não cabem na psicologia, muito menos na psiquiatria.

Das 19 pessoas que atendi hoje, quase todas eram miseráveis concretamente. Quase não havia o que "tratar". Não é de estranhar que até a pequena eficiência corra pro ralo.

Mais calmo e controlado, o espelhinho retrovisor até me devolve "um certo sorriso" quando me ocorre um trocadilho. Sobre esta questão das profissões psi não servirem para tratar dos registros reais, apenas dos enganos da mente.

Como qualquer trocadilho que se preza, este também, é vocacionado para infame. Ainda mais em mistura de língua de gringo. Mas, lá vai: A clínica psi serve para tratar da "invidia del pene". Não serve para tratar da "invidia del pane".

No entanto, eu atendo muito mais inveja do pão, do que inveja do pênis.

Já estou quase chegando em casa. A chuva no capô quente faz fumaçinhas. Mas vem à cabeça, pela última vez, o velho supervisor. "Se é que ele tem razão (e quanto mais caio na real, mais me parece que tem), e é verdade que adoecemos da mesma doença que tratamos, quem resolveu carregar com todo sofrimento do mundo, só pode mesmo escolher entre ficar louco ou tornar-se cínico-insensível.

Olho para dentro de mim, e procuro descobrir minha verdadeira verdade.

Nem é muito difícil; venho procurando-a aos pouquinhos, no varejo, há 6 anos.

Sei que em matéria clínica não gosto de enganação. Pega mal.

E nem é por méritos éticos e morais. Sei disso muito bem. Em inúmeras outras áreas, vejo em mim, mas boas desonestidades.

É por uma questão estética. Não é belo. E não tem grandeza engana doentes. Eles próprios nos pedem pelo amor de Deus, para serem enganados. Ignorantes dos motivos do próprio sofrimento dos caminhos do alívio, são crédulos e vulneráveis.

Belo é enganar o incrédulo e invulnerável "turco" "do" lojinha. Mas este... que há de?

Já fiz minha escolha: não quero andar com o cinismo. Aceito a loucura. Orgulhosamente."

Vou até compondo o lema anti-cinismo que há de me guiar pelos longos anos clínicos que terei pela frente.

Alucinando um pouco, consigo ver seus dizeres:

"Se o estupro é inevitável, contrai o esfínter e luta!

Enquanto vou dirigindo devagar, minha cabeça trabalha acelerada. A mil. Tomo consciência límpida de que estou vivendo a época das minhas grandes definições profissionais. Até agora, estive tão perdido, tão inseguro, afundado numa espécie de felicidade – infelicidade trazida pela ignorância, que só estive reagindo. Agindo quase nada. Mas estes anos serviram para eu conhecer, e bem, o que significa, doutrinária e praticamente, minha escolha profissional. O que significa ser um clínico psi.

À medida que vou superando minhas ignorâncias, inexperiências e inabilidades puramente pessoais, vou conhecendo melhor as insuficiências e limitações gerais, supra-individuais, inerentes aos recursos da minha profissão. Insuficiências que Freud, Moreno, Melanie, Winnicott, Rogers e Skinner não superariam. Principalmente se vivessem no Brasil de hoje. E trabalhassem num ambulatório do serviço público. Ou no Jardim Três Tetas.

Começa a ficar mais claro do que nunca, que tenho uma profissão desarmada. Só tenho para oferecer a mim mesmo. E nem eu inteiro; somente meu subjetivismo.

Tenho, portanto, que aprender a ter coragem para escolher bem a quem oferecer meu único benefício: meu subjetivismo.

Feitas as pazes com minha profissão, não poderia deixar de me vir à cabeça, as suas virtudes.

Oh! Irônica dialética: são virtudes que saem de suas pobrezaas.

Quantos desafios à nossa inteligência criativa são gerados por ser ela tão desarmada! *Tirar o máximo e o melhor apenas de si mesmo!*

Em um dia somente, vivi tantos desafios!

Assim, tranqüilizado-racionalizado, chego em casa e abro a porta do merecido repouso.

Minha mulher de plantão atrás, só esperando eu chegar: – "Tem goteira na sala. Molhou todo o sofá novo. Por falar em sofá novo, o turco da loja telefonou reclamando que as prestações estão atrasadas. E tem multa, juros e correção monetária! E as crianças estão insuportáveis. Dá um jeito nelas!"

Que remédio! Vou ao quarto delas.

– "Paiê, o Celso cortou minha saia." "Mentira. A Dena é que me deu um soco."

– "Paiê, a Gica pegou minha bola." "Mentira. A Cri é que puxou meu cabelo."

Curto um tempo este paraíso sem conflitos. Mas, em seguida, devo me esforçar em ser eficiente numa coisa em que, *felizmente!*, ninguém é eficiente: colocar as crianças cedo na cama. Para não chegar arrastado, amanhã.

Vivo atormentado com a possibilidade e atrasos no meu bom trabalho de amanhã cedo. Bom trabalho, que será o início de mais um dia de clínico psi.

Como o de hoje, perfeitamente cotidiano.

Relato de um Trabalho de Terapia Ocupacional Realizado no Ambulatório do Projeto Esquizofrenia do IPQ do Hospital das Clínicas da FMUSP

AUTORA:
ADRIANA DIAS BARBOSA

Terapeuta Ocupacional com aprimoramento em saúde mental pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, especializando em saúde mental pelo CETO e terapeuta ocupacional do hospital-dia infantil do instituto de psiquiatria do HCFMUSP e colaboradora do Projeto Esquizofrenia (PROJESQ).

ENDEREÇO:
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/n - 05403-010 - São Paulo - Brasil.

RESUMO:
Este artigo tem como proposta abordar a prática com pacientes do Projeto Esquizofrenia (PROJESQ) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A terapeuta ocupacional intervém nesse programa, assistindo a pacientes em ambulatório. Os atendimentos ocorrem tanto individualmente como grupal, os grupos acontecem uma vez por semana.

PALAVRAS CHAVE:
Terapia ocupacional, esquizofrenia, ambulatório

Introdução

Entre 1991 e 1995 no Instituto de Psiquiatria, funcionava o ambulatório de Terapia Ocupacional para neuroses graves e psicoses em geral. Com a saída de algumas terapeutas ocupacionais do setor, passa a manter o ambulatório do Projeto Esquizofrenia (PROJESQ). Como terapeuta ocupacional do PROJESQ atendo desde 1993 estes pacientes. São realizadas triagens, atendimentos individuais e grupos, encaminhamentos para outros serviços da comunidade e orientação familiar quando necessário. A partir de 1998, teve início o aprimoramento de Terapia Ocupacional no PROJESQ, estando com profissionais diretamente ligados à equipe multiprofissional nas discussões de casos novos e seminários apresentados pelos membros da equipe e atendimentos em terapia ocupacional. Atualmente estamos realizando uma pesquisa ligada ao ambula-

rio de esquizofrenia refratária do PROJESQ, sobre a eficácia da terapia ocupacional no tratamento de pacientes esquizofrênicos refratários ao tratamento psicofarmacológico.

Objetivos da Terapia Ocupacional

Considerando a esquizofrenia um transtorno com causas e efeitos biológicos, psicológicos e sociais onde o processo e o conteúdo estão afetados (Kaplan, Sadock, 1989), tornando-se muitas vezes crônica e incapacitante. Os pacientes com esquizofrenia tem como principal sintoma o isolamento social, apresentando dificuldades de se relacionarem afetivamente com os membros de sua família e outros. Esses distúrbios se refletem também na ação, apresentando em sua maioria dificuldades para manter o estudo e ou trabalho. Todos esses sintomas, denominados de sintomas

negativos (Andreasen e Olsen, 1982), podem ser trabalhados na terapia ocupacional. "A terapia ocupacional tem demonstrado ser bastante eficaz para a terapêutica de pacientes com esquizofrenia, particularmente aqueles em que sintomas negativos predominam e a resposta ao neuroléptico é pequena" (Shirakawa, 1992).

"Apesar de uma das dificuldades do paciente com esquizofrenia decorrer de perdas, tanto de expectativas de vida, do abandono social e familiar, ausência de metas e defeitos residuais, os pacientes com esquizofrenia podem conservar algumas funções de ego intactas. Dessa forma a abordagem psicossocial deve concentrar esforços nessas funções preservadas" (Carvalho, 1993).

Os objetivos da terapia ocupacional que considero importantes no tratamento do paciente com esquizofrenia e segundo alguns autores que trabalham com psicóticos (Fridman, 1990 e Benetton, 1993) são:

- trabalhar a integração de seus conteúdos dissociados, enfocando aspectos sadios e sua vinculação com o meio-ambiente;
- ser a terapia ocupacional um processo rico em informações que darão ampla margem ao estabelecimento de uma comunicação;
- criar elementos facilitadores de inserção social desenvolvendo técnicas grupais até um espaço de produção;
- independente do tipo de atividade, seja ela artística, de lazer, profissional ou indicada em processo terapêutico, devemos considerar que sempre deve ter um significado para o paciente.

Recurso Utilizado

Fazer a leitura de uma atividade que tenha um significado para o paciente e também para o terapeuta é o pressuposto básico nos procedimentos da terapia ocupacional em Saúde Mental. É necessário pensar em uma teoria de base que justifique essa prática. Benetton (1991) parte da teoria de Winnicott sobre os fenômenos transicionais e a área intermediária de experiência, denominado por ele de "área de jogo" imprescindível no início de todo o processo terapêutico. Propõe que esta relação lúdica possa permitir a articulação da relação terapeuta - paciente - atividade, uma vez que o paciente psicótico oscila entre momentos de total indiscriminação entre realidade interna e externa e outros momentos, onde pode estabelecer uma relação lúdica com o outro. Propõe ainda que o paciente psicótico possa ser trabalhado "na medida em que o terapeuta e a atividade podem ser sentidos como fenômenos transicionais, e que tal ocorrência infere a existência da transferência".

Define a partir desses pressupostos o conceito de "Trilha Associativa num Campo Transferencial" (1994),

como uma série de atividades realizadas pelo paciente, tendo a investigação clínica como base, e ao rever esses trabalhos, terapeuta e paciente em busca de lugares comuns, de semelhanças e diferenças, de identificações e nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nesta relação. É esperado que através das atividades o paciente possa também contar sua própria história.

Para que o estabelecimento de uma comunicação se faz necessário o uso das atividades como recurso terapêutico, sendo elas o terceiro termo da tríade terapeuta-paciente-atividade.

Outro ponto importante de ser abordado é relativo ao setting da terapia ocupacional. É necessário que o espaço seja agradável, que possibilite desde a construção de atividades de livre criação, até um espaço de aprendizagem e integração que o paciente faz consigo mesmo, com o terapeuta ou uma provável situação de integração em grupo. Quando o paciente com esquizofrenia é encaminhado para terapia ocupacional, tanto ele como seus familiares deverão ser esclarecidos a respeito dos objetivos, incluindo o estabelecimento de um enquadre específico para o processo terapêutico. Um processo terapêutico só pode ser investigado quando mantidas as mesmas constantes. Bleger (1985), aponta que algumas constantes mínimas com psicóticos devem ser mantidas, como os fatores espaciais e temporais tais como a pontualidade, local, dia, horário de início e término do atendimento. Além da importância de se ter uma terapeuta ocupacional disponível, constante, facilitadora e presente. Um bom começo em terapia ocupacional ocorre através do contrato terapêutico. Além de enfatizar a realização de atividades, cabe à terapeuta ocupacional explicar ao paciente que o produto deles é do próprio paciente, sendo que algumas atividades podem ser escolhidas para fazer parte do prontuário e outras serão registradas (escrita, fotos ou filmes), para compor trilhas associativas da relação terapeuta-paciente.

Abordagem Individual

Quando o paciente é encaminhado por outro profissional para fazer terapia ocupacional, ele é entrevistado para coleta de dados de sua história, enfatizando sua história ocupacional e de atividades, normalmente é solicitado o acompanhamento de um membro da família. Após esse primeiro, dependendo da avaliação e das necessidades do paciente, pensa-se em qual abordagem beneficiaria mais o paciente: individual ou grupal.

Uma abordagem individual seria destinada a pacientes com esquizofrenia com impossibilidade de inserção grupal imediata, considerando a especificidade de seu quadro clínico. Alguns pacientes necessitam adquirir confiança no tratamento e no terapeuta. Uma

vez estabelecido o vínculo terapêutico, haverá grande chance de inseri-lo em grupo, onde sairá de uma relação dual com o terapeuta para uma relação que inclua outras pessoas. Determinados pacientes por apresentarem tanta dificuldade de relacionarem-se com outros, acabam ficando por muito tempo na abordagem individual.

Abordagem Grupal

A abordagem grupal é o espaço onde os pacientes possam compartilhar, comunicar, sentirem-se integrados com outras pessoas, convivendo com limitações e potencialidades, vivendo em um sentido terapêutico (Maximino, 1991).

Em se tratando de pacientes com esquizofrenia, onde há uma problemática relacional, facilitando neste caso a presença de sintomas negativos, os grupos de terapia ocupacional favorecem o que Winnicott chama de Espaço Potencial, onde se deve ter duas características básicas, a confiabilidade e o oferecimento de um ambiente facilitador da exploração do mundo de maneira gradual. O que surge neste espaço deve contribuir para estimular a experimentação (Maximino, 1995).

Ferrari e Aguirre (1990), também fazem algumas considerações a respeito dos objetivos dos grupos realizados com psicóticos:

- o grupo como propiciador de identificações;
- o grupo dá a possibilidade de ensaiar ou aprender novas condutas mais adequadas, condutas essas que podem ser extrapoladas para outras situações;
- o entramado vincular proposto por um grupo terapêutico potencializa a vivência, o manejo e o aparecimento da afetividade;
- por ter uma configuração ou conformação familiar, o grupo pode proporcionar ao paciente a vivência de novos vínculos, permitindo a entrada de outros integrantes.

Reabilitação Psicossocial do Paciente com Esquizofrenia no PROJESQ

Quando o paciente do PROJESQ é encaminhado para o tratamento em terapia ocupacional, na maioria das vezes, a expectativa do profissional que o encaminha e da família é o de reabilitação para novamente incluí-lo num processo produtivo e social. Como esses pacientes apresentam muitas dificuldades inerentes ao seu quadro, Farkas e Antony (1989) dificuldades em colaborar na reabilitação, Farkas e Antony (1989) apontam algumas premissas para o desenvolvimento desse processo (Louzã, 1995):

- A simples adesão ao tratamento medicamentoso não é capaz, por si só, de propiciar a reabilitação. É necessário considerar ainda que muitos pacientes têm recidivas e que particularmente sintomas negativos são ainda de difícil tratamento.
- A necessidade para que um programa de reabilitação seja efetivo, não só a nível ambulatorial, mas que também sejam desenvolvidos programas a longo prazo, necessitando não só de um respaldo pragmático, mas também social e psicológico.
- Não é possível prever que o paciente fora do seu ambiente terapêutico possa ter uma adequação social, pois devemos considerar que nem sempre ele consegue se adaptar em casa ou no meio social devido a falta de compreensão em relação a sua problemática. Isso tudo o leva a não se sentir prático.

A terapia ocupacional tem um papel importante na reabilitação do paciente com esquizofrenia. A terapia ocupacional intervém ao paciente de forma a orientá-lo no momento que este se encontra pronto em busca de uma profissão. Há outras intervenções como oficinas terapêuticas, centros de atenção psicossocial e centros de convivência que colaboram com esse trabalho. Esta função não só depende diretamente do terapeuta ocupacional mas inclui outros profissionais da área de Saúde Mental. Um caso clínico ilustra os pressupostos aqui apresentados.

Caso Clínico

A., 39 a, solteiro, reside em São Paulo com a mãe. O segundo filho, de três, seus irmãos são casados. O pai faleceu há 5 anos. Fez o 2o. grau completo. Já trabalhou como office-boy, operador de máquinas de xerox em três firmas diferentes. Com 18 anos trabalhou como escriturário em um banco. Sai dos empregos alegando que os colegas faziam chacota e riam dele. Aos 27 anos, procurou o PROJESQ e na primeira entrevista disse: "Percebo um tipo especial de comunicação entre as pessoas há 12 anos". A conta que desde criança sempre foi isolado, inseguro e deprimido. Sentia-se inferiorizado em relação aos colegas por causa de sua aparência física. Evitava contato com estes por desconfiar que lhe colocavam defeitos. Com 21 anos compreendeu o motivo dos seus sentimentos na infância, descobrindo que realmente havia um tipo especial de comunicação entre as pessoas. Explica essa comunicação como sendo uma capacidade dos seres humanos de enviarem mensagens "mentalmente" sem que estejam falando. Afirma ser o único que não possui esta comunicação. Mas as pessoas utilizam desta comunicação para falar mal a seu respeito, colocando-lhe defeitos e fazendo isso sem que ele possa se defender. Quando questionado sobre como percebia essas

municações, não sabia responder. Em alguns momentos fala que seus pensamentos podem ser transmitidos independentemente da sua vontade.

Já fez tratamento particular, teve uma única internação aos 23 anos. Utilizou vários neurolépticos e antidepressivos com melhoria parcial dos sintomas. Iniciou com a medicação Clozapina em janeiro de 1993 e permanece com esta até hoje.

Foi encaminhado para Terapia Ocupacional em agosto de 1993, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide e nesta época fez a triagem. Aí ficou surpreso quando foi encaminhado para outra terapeuta com o mesmo nome meu, achava que seria eu que iria atendê-lo. Ficou com esta terapeuta durante 1 ano, depois, passou a ser acompanhado por mim, por motivo de mudança no Setor de Terapia Ocupacional, onde começo atender exclusivamente os pacientes do PROJESQ.

Início o atendimento com A, individualmente e semanalmente. O paciente estava bem familiarizado com o tratamento. Conta que passou por vários médicos, analistas e psicoterapeutas e que realmente só se deu bem com o tratamento em Terapia Ocupacional. Apresenta-se muito ansioso com a mudança de terapeuta, sempre trazendo nos atendimentos o porquê da outra terapeuta não mais atendê-lo.

Sabendo que não havia terminado uma pintura que iniciou em tela, com a outra terapeuta, sugeri que ele desse continuidade, não conseguindo retomar esta atividade resolveu fazer pintura em gesso. Desde o início falava pouco de si e apenas contava o que aprendeu a fazer na terapia ocupacional e o que gostava. Observei o quanto preocupava-se com a organização da sala, com a realização da atividade que deveria ser algo que ficasse perfeito, mantém esta postura até hoje. Deu continuidade ao tratamento de terapia ocupacional, na mesma sala que fizera anteriormente, com a outra terapeuta, já sabia onde estava o material e como organizá-lo.

Percebi o quanto era difícil para A aceitar as mudanças, questionei com ele sobre sua dificuldade, e que mudanças faziam parte do processo. Entendia o quanto era difícil para ele ter que depositar confiança em mim, dizendo-lhe que com o tempo me conheceria melhor e poderia aceitar que cada pessoa tem suas características próprias.

Após cinco atendimentos resolveu retomar a tela, tomei o cuidado neste momento para que tudo saísse de acordo com o já planejado com a outra terapeuta. A realização desta tela demorou vários atendimentos, sendo que pouco conversava, apenas nos preocupávamos em fazê-la. Solicitava sempre que eu pudesse corrigir os seus erros. A pintura tratava-se de uma janela aberta onde se via uma vasta vegetação com folhas, flores e árvores que faziam parte de um caminho de

terra onde se avistava o horizonte. Esta pintura foi reproduzida de uma fotografia de revista. Pronta a atividade, descreve este lugar como tranquilo, cheio de paz e bonito. Nesse momento, refere o quanto gostaria de viver tudo isso, angustiado pela primeira vez, conta o que sente, embora diga que não sabe explicar tal sentimento. É como se ele não soubesse se defender das pessoas, "elas não entendem o que acontece comigo, vim para o mundo para cumprir uma missão". Sente algumas vezes vontade de morrer por isso. Ficamos mais de um atendimento sem fazer atividade falando de suas questões. Este é o momento do tratamento no qual A começa a refletir sobre si mesmo.

Começou uma nova etapa do tratamento, onde solicitou fazer novamente pintura em gesso. Escolheu atividades simples e que de preferência que acabavam logo. As atividades são porta-jóias, cinzeiro e vasos pequenos. Não gosta de deixar nenhuma atividade pronta na Terapia Ocupacional, levando-as todas para casa.

Através do seu interesse por pintura, buscamos juntos várias técnicas, onde pudesse experimentar e aprender diversas variedades de tintas utilizadas em gesso, desde técnicas como Borsato, Fiorentino, Porcelana Portuguesa e Perolado, incluindo até novas experiências.

Passa a realizar aos poucos atividades com mais detalhes, exigindo muito mais dele. Começou pintando animais e objetos, passando para estatuetas de anjos, mulheres nuas, um casal de namorados, presépio e sua atual atividade é um homem que diz ser "Deus". Sugeri que ele fosse até à loja onde são vendidas as peças de gesso e escolhesse uma peça que fosse do seu gosto, pois refere que deseja pintar uma escultura grande de gesso, mas até hoje não foi. Quer realizá-la minuciosamente para não errar nenhum detalhe. No início do tratamento sentia muita insegurança quando tinha que pensar nos detalhes da atividade, suas mãos tremiam, ficava irritado e ansioso e me pedia sempre para dar o acabamento final, atualmente faz isso com menos frequência, apresentando autonomia e independência, dominando mais a técnica. A sempre teve uma mulher perfeita, não aceitava que a mesma arrumasse um namorado, embora não demonstrasse declaradamente. Refere ser ela sua única amiga. Chegou a dizer algumas vezes que quando a sua mãe morrer, ele irá junto. Nos atendimentos sempre contava-me de um amigo da mãe, que frequentava sua casa, quando questionei se era o namorado dela, negava. Depois de muito tempo consegue admitir, mas diz que sente uma certa "estranheza" em relação ao namorado da mãe. Com o pai sentia a mesma estranheza e tinha uma relação difícil por isso. Um dia chegou no atendimento dizendo que estava triste e não sabia o motivo. Escolheu um anjo para pintar, quando questionei sua tristeza

não conseguia falar. No final do atendimento lembra que sonhou com o pai, querendo conversar com ele. Refere muita culpa, e que seu pai era muito bom para ele e não merecia seu desprezo. Levantei a hipótese que talvez estivesse com saudades do pai, sendo este o motivo de sua tristeza. A, concordou que realmente sentia falta dele. Pudemos então falar um pouco desta falta e de seu relacionamento com o pai. Acredito que neste momento ele teve a oportunidade de começar a elaborar a sua tristeza.

A, hoje reconhece o espaço da terapia ocupacional como o dele, organiza seus materiais, cuida da limpeza dos pincéis e inclusive separa cores e peças que utilizará em outros atendimentos. Não vai embora enquanto não guarda sua atividade em lugar seguro, acha que outras pessoas que vão ao setor podem quebrá-la, por isso leva-as correndo para casa.

Durante todo o processo em terapia ocupacional, passou além de ter um interesse por coisas novas, como a pintura, também tem mais iniciativa para a vida social, vai a bailes, embora com a mãe e com alguns amigos, chegou a fazer yoga e também viaja para casa de alguns familiares. Foi sugerido várias vezes que A fizesse um curso de pintura, chegando a pensar em ir até o local. Sugiro ir junto mas sempre procura adiar esta possibilidade. A cada dia fica mais motivado, talvez lhe falte um pouco mais de coragem de experimentar coisas novas. A, nunca namorou. Já teve diversas relações sexuais e atualmente não menciona nada a respeito.

Solicitei um dia que fotografasse todas as suas atividades com o objetivo de reconstruir sua história, a partir do seu percurso na terapia ocupacional (trilhas associativas). A, fica entusiasmado e sugere que levaria a máquina fotográfica para sua casa. Em sua casa colocou as atividades em ordem fotografando-as mas, infelizmente todas as fotos saíram "fora de foco", tentamos compreender o que tinha ocorrido, ficou chateado, mas resolvemos repetir a experiência novamente. Combinei de ir até a casa dele, tiramos algumas fotos de atividades escolhidas por ele, conversamos e tentamos fazer associações, mas infelizmente descobrimos que o problema não estava só em saber tirar fotos, mas também na máquina. Atualmente A, ainda apresenta algumas queixas como por exemplo, "não saber se defender das pessoas", apesar de conseguir hoje, conviver um pouco melhor com isso. Ainda não tem muita crítica de sua doença, clinicamente está bem e na terapia ocupacional, estamos tentando cada vez mais construir trilhas, na medida que também A. possibilite esta entrada de forma mais tranquila. Solicitei um segundo momento para tentarmos novas trilhas, mas neste momento A. encontra-se hesitante. Acredito haver uma interferência da mãe neste momento. Em um dos últimos atendimentos, A relata que sua mãe sempre questiona suas atividades

referindo que as mesmas não apresentam "cores adequadas", um exemplo disso é quando A, pinta um coelho de gesso de azul e pede minha opinião em relação a cor, então lhe disse: "poderia ser branco", mas A não gosta da sugestão e pinta de azul. Afirmando na terapia ocupacional ele tem o direito de escolher suas atividades e cores e que provavelmente há um sentimento que descobriremos juntos, relata então que desde pequeno sempre procurou escolher roupas que fossem do gosto da mãe. Um dia, diz A, fui com meu irmão comprar roupas, escolhi uma camiseta vermelha por que era cor preferida da minha mãe. Já o meu irmão escolheu o amarelo porque era sua cor preferida. A minha cor preferida era a azul. Quando chegamos em casa perguntei a minha mãe qual ela achava a camiseta mais bonita esperando uma resposta que fosse minha. Então ela disse: "gosto das duas".

A, traz esse relato num momento onde ele fica muito angustiado em relação as escolhas que ele pode fazer ou não em sua vida.

Estamos ainda tentando trilhar caminhos em busca de sua história que para A, talvez seja ainda muito difícil de ser contada.

Referências Bibliográficas

- Andreasen, NC; Schizophrenia: Positive and Negative Symptom and Syndrome In: "Modern Problems of Pharmacopsychiatry" vol. 24, Karger Iowa City, 1990.
- Benetton, MJ; Trilhas Associativas: Ampliando recursos na Clínica da Psicose, São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- Benetton, MJ; Terapia Ocupacional in: Caetano D; Frota-Pessoa O; Bechelli, LPC (eds). Esquizofrenia - Atualização em Diagnóstico e Tratamento, Ed. Atheneu, 1993, pp 261-265
- Benetton, MJ; A Terapia Ocupacional como instrumento nas Ações de Saúde Mental, tese de Doutorado de Saúde Mental, Unicamp, Campinas, 1994.
- Bleger, J; Simbiosis y Ambigüedad: Estudio Psicoanalítico, Buenos Aires, Paidós, 1967.
- Carvalho, RG; ressocialização in: Caetano D; Frota-Pessoa, O; Bechelli, LPC (eds) Esquizofrenia - Atualização em Diagnóstico e Tratamento, Ed. Atheneu, 1993, pp. 275-282.
- Ferrari, S; Aguirre, B; Aspectos do Funcionamento da Clínica e Grupos e sua Especialidade na Terapia Ocupacional, Boletim de Psiquiatria E.P.M., São Paulo, 1990, vol 22/23 pp. 21-23
- Fridman, D.B.; Programas de Atendimento ao Paciente Psicótico - Ambulatório de Saúde Mental, Revista de Terapia Ocupacional, vol. 1, no. 1, agosto 1990, pp. 47-53
- Kaplan, H.I.; Sadock, BJ; Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, Williams & Wilkins, 1989.
- Louzã Neto, MR; Motta, T; Wang, Y; Elkis, H. (orgs). Psiquiatria Básica, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
- Maximino, V.S. O Atendimento em Grupos de Terapia Ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Carlos, vol. 1 no. 2, agosto, 1990- janeiro 1991, pp 105-119.
- Maximino, V.S. A Constituição de Grupos de Atividades com Pacientes Graves. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, vol. 1 no. 1, São Paulo, 1995, pp 27-32.
- Shirakawa, I. O Ajustamento Social na Esquizofrenia. São Paulo Lemos Editoria, 1992.
- Winnicott, DH. O Brincar e a Realidade, Imago, Rio de Janeiro 1975.
- Winnicott, DH. Da Pediatria à Psicanálise, Francisco Alves, F de Janeiro, 1975.

Relato do Processo de Terapia Ocupacional

AUTORA:

ALESSANDRA GONZALES MARQUES QUINTINO

Terapeuta ocupacional, especialista em saúde mental pela Escola Paulista de Medicina. Especializanda em Terapia Ocupacional em Saúde Mental no Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.

ENDEREÇO:

Rua Corcovado, s/n entrada 25 aptº 13 CEP: 05038-040 São Paulo – SP – Brasil.

RESUMO:

Este trabalho relata uma experiência de terapia ocupacional no qual a intervenção familiar se fez necessária durante todo o processo terapêutico, propiciando assim a construção de novos caminhos tanto para a paciente como para sua família.

PALAVRAS-CHAVE:

Terapia ocupacional, trilhas associativas, setting terapêutico, intervenção familiar.

Relato do Processo de Terapia Ocupacional

Gislene, 19 anos, natural e procedente de São Paulo, solteira, é a primeira filha de uma prole de cinco.

Encaminhada, em fevereiro de 1997, por uma psicóloga da Unidade Básica de Saúde (UBS), para o Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), com o objetivo de fazer atividades.

Gislene, foi trazida pela mãe que contava que a paciente não saía de casa sozinha, que era nervosa, e que as vezes quando contrariada, ela se mordida e gritava. Passa o tempo todo atrás da mãe, “ela parece uma sombra atrás de mim pela casa”.(sic)

Ela é uma moça de pele clara e cabelos negros compridos, magra, não muito alta. Tem um sorriso e olhar iluminados. Adora se arrumar, é ela mesma que cuida de suas roupas que estão sempre impecáveis. Gostaria de estudar, aprender a ler, sair de casa sozinha, pegar ônibus. Essas e outras atividades não

são exercidas por Gislene pois sua mãe considera-a incapacitada. Ela tem um jeito simpático, amigável, tímido e aparentemente inocente. Tem a expectativa de aprender atividades comigo e de sair mais de casa. Considera a sua ida as sessões de terapia ocupacional como seu único passeio.

A mãe conta que ela nasceu de parto cesárea, sem intercorrências. Saíram juntas da maternidade. Foi amamentada até os três meses porque a mãe não tinha leite. Apresentou desenvolvimento neuropsicomotor normal até um ano e meio de idade quando ela começou a falar de maneira “estranha”, falava de traz para frente e inventava palavras para os objetos e não os reconhecia pelo nome comum.

Conta que antes disso Gislene caiu de um barranco e que após esta queda percebeu estas alterações. Além disso, estava grávida de sua segunda filha e ela constantemente apresentava inchaço no corpo, caroços, tinha febre. Levou-a ao médico, fizeram vários exames,

e não constatarem nenhuma alteração, o médico pensou na possibilidade de ser a gravidez da mãe a causa desses sintomas.

Ainda no relato da mãe, nessa época, por causa da gravidez, aos 19 anos, ela estava chorosa, sentia medo de não conseguir dividir o carinho e o cuidado para as duas filhas. "Mas quando nasceu eu vi que era possível cuidar das duas".(sic)

Conta ainda que quando chegou do hospital com Luciane, a paciente apresentou enurese noturna todas as noites, chupava a língua para dormir, "o barulho era irritante e eu passava a noite toda preocupada porque ela se engasgava com a saliva, mordida e batia no bebê, não podia deixá-la um minuto sozinha com a irmã".(sic)

Gislene brincava sozinha porque quando tinha outras crianças ela sempre queria ser a mamãe, a professora, a vendedora, e se ela fosse contrariada a brincadeira logo acabava e ela se mordida inteira.

Gislene e Luciane, quando nasceram a mãe era solteira. Moram na mesma rua que o pai e sua atual esposa. Eles namoraram aproximadamente por três anos, neste período engravidou de Gislene e Luciane. Quando o pai soube da primeira gravidez (a mãe estava com 17 anos), pediu para ela abortar alegando que não era filho dele. Romperam o relacionamento antes de Gislene nascer. Depois de um tempo houve a reconciliação, a outra gravidez e se repetem as mesmas interrogações, as mesmas dificuldades. Ele não aceitou registrá-las como filhas. Segundo ela, depois de todos os acontecimentos só não se casaram por que a família dele não a aceitava.

Com vinte e dois anos casou-se com outra pessoa, ele era separado e tinha dois filhos homens que foram morar juntos.

Desse relacionamento mais três filhos nasceram (2 homens e 1 mulher). A mãe de Gislene disse que trata os filhos de seu marido como se fossem seus filhos também.

Gislene vive com a mãe, o padrasto, duas irmãs e quatro irmãos, em uma casa simples na zona norte de São Paulo. A paciente sempre encontra com seu pai pela rua, "sente-se ma-goada por ele não ter reconhecido-a como filha e por ele tratar bem os filhos de seu atual casamento".(sic)

Com dois anos de idade Gislene é levada à Santa Casa, passou por inúmeras avaliações com neurologista, fonoaudiologia, psicóloga e psiquiatra. Os acompanhamentos eram esporádicos. Nunca tomou medicação. Ficou vinculada ao serviço até 15 anos de idade, quando foi submetida a uma avaliação psicodiagnóstica. Segundo a psicóloga Gislene apresentou um rendimento abaixo do esperado para a sua idade, apresentando deficiência mental moderada. Descreveu a necessidade dela ser encaminhada

para um serviço especializado, com estimulação frequente e adequada para poder desempenhar-se melhor. Sendo assim Gislene foi encaminhada para a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), a fim de receber a atenção que necessitava.

A mãe a levou mas ela não gostou do lugar e não quis mais ir. "Achava as pessoas muito estranhas".(sic)

A partir disso a mãe levou-a para acompanhamentos com psicólogas nas UBS. Segundo ela nunca houve veram profissionais interessados no caso de Gislene que os médicos diziam que ela precisaria ser cuidada por toda vida, como uma criança, não deixando-a em nenhum momento sozinha.

A mãe conta também que sentia medo de deixar Gislene até mesmo para tomar banho esse comportamento permaneceu até algum tempo depois que iniciou tratamento comigo. "Sempre me ensinaram a cuidar dela dessa forma".(sic)

Com 6 anos de idade Gislene foi matriculada na pré-escola. Refere ter sido chamada várias vezes pela professora porque ela não conseguia acompanhar as outras crianças. Sugeriram classe especial, mas a mãe matriculou-a para a 1ª série do 1º grau em escola comum.

Repetiu 4 vezes a 1ª série. Apresentava dificuldade de leitura e escrita em espelho. Com 11 anos a mãe retirou-a da escola sem ter sido alfabetizada, por que estava grande para estudar no período da manhã.

A mãe conta que Gislene viveu várias experiências nos 4 anos para ser alfabetizada. Desde professoras que diziam que o seu problema era "manha", até professores que a levavam para suas casas para darem aulas particulares. "Mas todas essas tentativas foram fracassadas".(sic)

Percebo que a paciente precisava experimentar novamente uma outra possibilidade para estar na vida que, a possibilidade de comunicação já existia. Diante de uma menina tão cheia de vida, não me convenceu que a única possibilidade dela fosse cuidar das atividades de casa "grudada" com a mãe.

Marquei atendimento três vezes por semana. Iniciei no grupo de terapia ocupacional e na oficina de tapeçaria duas vezes por semana (por escolha dela).

Relato dos Atendimentos de Terapia Ocupacional

De início Gislene, chegava nos atendimentos grupais com um jeito tímido, sempre sorridente e disposta. Sentava-se rapidamente esperando que eu a chamasse para escolher os materiais ou que eu os pegasse para ela.

Quando algum paciente se dirigia a ela, ficava envergonhada e olhava para mim esperando que eu respondesse por ela. Com o passar de alguns grupos, pude perceber que a espera, para que o outro respondesse

ela, não vinha apenas da timidez mas sim da forma como sempre foi tratada.

Gislene não se apropriou da data do seu aniversário, do número do seu calçado, o número de suas roupas, o seu endereço, não conhecia dias da semana, os meses do ano. Todos os dias eram iguais. Ficava como espectadora do movimento, do ir e vir da família, da rua, da escola, do trabalho. Ficava o dia todo com sua mãe, ajudava nos afazeres de casa, na limpeza e no preparo das comidas. Desde comidas simples até as mais sofisticadas. Era controlada pelos olhos da mãe e por sua vez ela a controlava também, não permitindo que sua mãe fechasse a porta do quarto para dormir, ela não deixava a mãe vestir camisola e não entendia porque sua mãe dormia com um homem.

O que chamou a minha atenção é que a mãe dizia que ela não era capaz de aprender nada, que não tinha boa memória e Gislene aceitava e reproduzia o mesmo discurso. Mas mesmo não sabendo ler conseguia lembrar com detalhes das suas receitas de culinária preferidas.

Nos grupos lembrava com detalhes também das atividades já realizadas, dos comentários, das interrogações e propostas.

Fizemos no grupo, a brincadeira do jogo do rabisco, percebi que nos outros atendimentos, a paciente fazia desenhos muito parecidos com o do jogo (fig. 1,2).

Sugeri então, outros desenhos que foram aceitos e realizados.

Concomitantemente ela participava das oficinas de tapeçaria, também coordenadas por mim. Seu primeiro trabalho foi um tapete para seu quarto. (fig. 3)

Pensamos juntas nas cores, no tamanho e no desenho do tapete. Foi extremamente prazeroso vivenciar com Gislene esse processo. Aprendeu os pontos com facilidade, me dava sempre a sensação de que cada carreira era construída com muito prazer, em nenhum momento se mostrou irritada, nervosa, desacreditada, desmotivada, com sentimento de impotência. Estava sempre empenhada em aprender cada etapa da atividade.

Sinto que esse processo foi crescente a medida que ela foi confiando mais em mim. Algumas vivências foram facilitadas a medida em que pude adaptar o meio para que Gislene pudesse construir a sua história comigo.

Aos poucos ela começou a levar atividades para fazer em casa. Apareceram várias propostas da família, para comprar o tapete mas ela não aceitou. Sentiu-se orgulhosa em chamar a atenção dos familiares. A minha proposta neste momento era de dar possibilidades para que o dia a dia dela deixasse de ser ocupado apenas por atividades de casa.

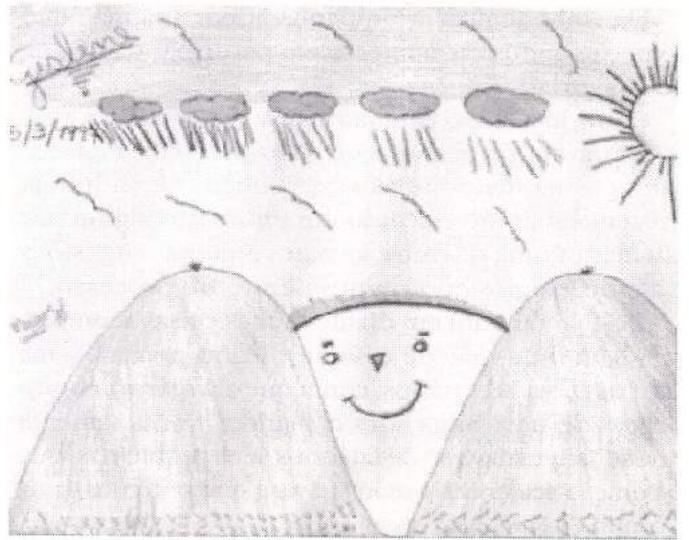


Fig. 1: Menino Sol

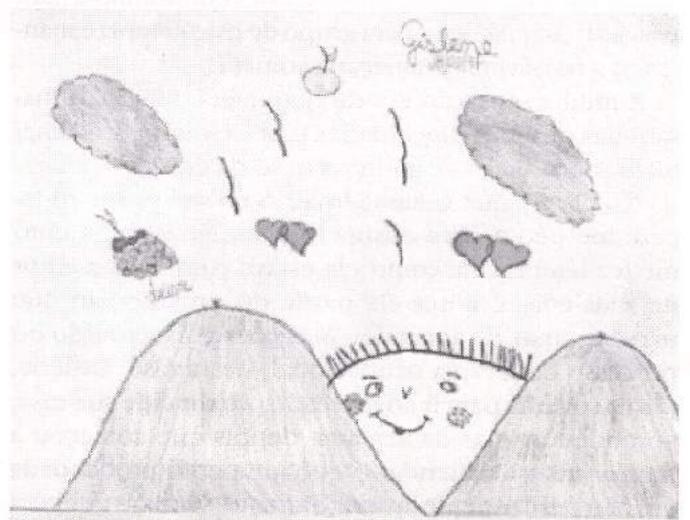


Fig. 2: Luciane

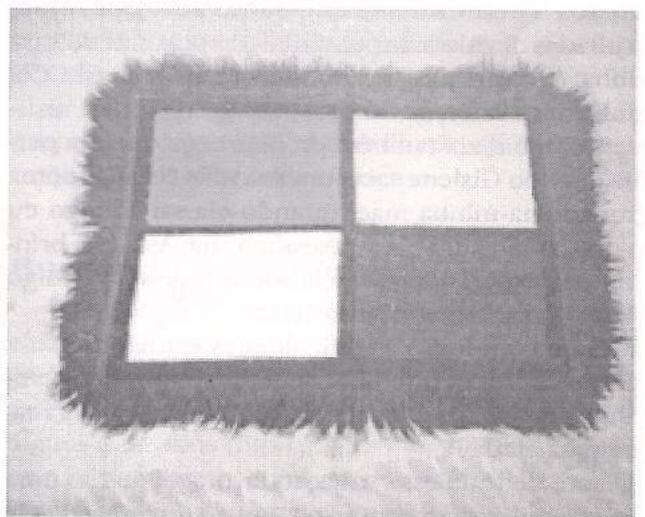


Fig. 3: Gislene

Ela vinha sempre acompanhada por sua mãe que começou a mostrar interesse em participar da oficina de tapeçaria.

Convido-a então para participar dessa oficina.

Sentavam próximas e quando possível se ajudavam mas na maioria das vezes solicitavam a minha presença não interferindo em momento algum nas atividades uma da outra às vezes algumas sugestões e alguns elogios pertinentes dentro do processo.

Deste momento em diante muitas coisas aconteceram. Um dia a mãe de Gislene chegou para a oficina com os cabelos cortados, conta que ela mesma cortou depois de uma briga com o marido. Conta também que se “angustiava só de falar dos seus problemas, que o coração acelerava, a mão suava e que não conseguia dormir a noite”.(sic)

Pude perceber o quanto a mãe também precisava de uma assistência.

Em meio a inúmeras interrogações encaminho-a para avaliação psiquiátrica e para grupo de psicoterapia e mantenho-a na oficina de tapeçaria comigo.

A minha sensação era de que mãe e filha partilhavam das mesmas dificuldades e neste momento achei melhor a avaliação e a intervenção da equipe.

No dia em que Gislene finalizou o seu primeiro tapete me pediu para ensiná-la a ler. Nesse momento me fez lembrar de como ela estava cuidando melhor de suas coisas; antes ela partia do pressuposto que não era capaz de aprender. Mas com a sustentação do processo de terapia ocupacional, nessa fase, Gislene, já saía sozinha para ir ao mercado próximo de sua casa, aprendeu os dias da semana, depois que começou a marcar em um calendário que me pediu preocupada em não perder nenhum atendimento. Marcou também as datas de aniversários dos familiares e do grupo. Era sempre ela que lembrava primeiro dos aniversariantes do mês. A partir daí passou a lembrar-nos.

Passou a ficar evidente que outras atividades eram dificultadas devido a impossibilidade dela sair de casa sozinha. A irmã dizia que ela era capaz de ir ao CECCO sozinha, mas sua mãe, se mostrava ainda muito resistente. A irmã dizia também da diferença que ela percebia quando Gislene saía com sua mãe “ela fica aérea e grudada na minha mãe, quando ela sai comigo eu não dou a mão para ela atravessar a rua. Às vezes brinco na rua esperando que ela me atravesse. Comigo Gislene está sempre esperta”.(sic)

Mesmo com todas as dificuldades ela não faltou a nenhum atendimento. Sinto que a família se despenha ao máximo; cada um deles colabora a sua maneira para ajudá-la.

Diante de toda essa situação favorável marco uma reunião familiar para pensarmos juntos no retorno dela para a escola.

Nesse momento a mãe de Gislene começa a procu-

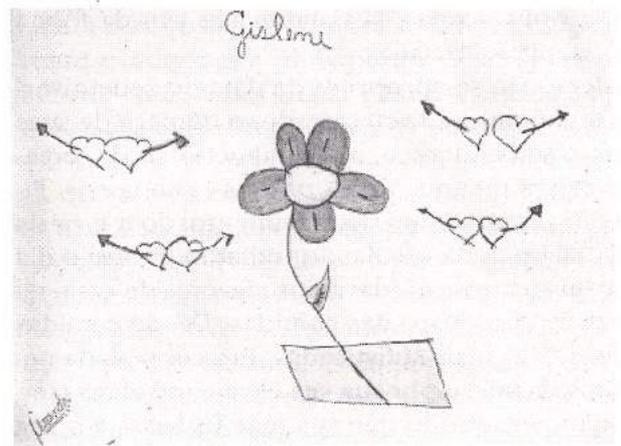


Fig. 4: Amanda

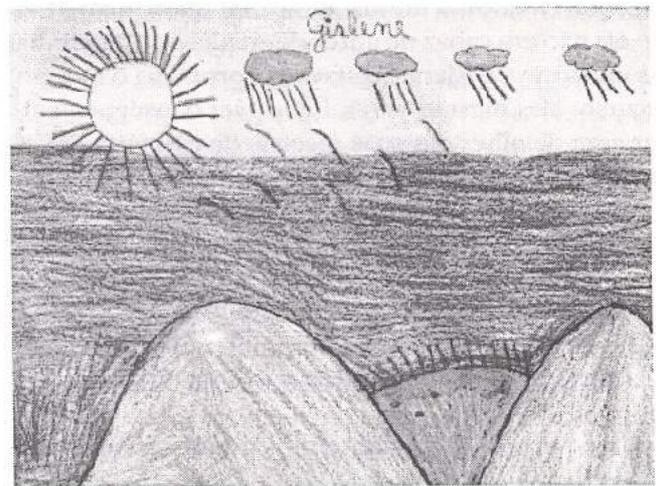


Fig. 5: Rafael

rar emprego como empregada doméstica, segundo ela não por causa do dinheiro mas sim para sair mais de casa, e a única coisa que avaliava fazer bem era arrumar casa.

Compareceu a reunião Gislene, sua mãe, sua irmã com 17 anos, seus dois irmãos mais novos Rafael com 9 anos e Amanda com 7 anos.

Levantaram várias questões como por exemplo: falta de limites da família com relação aos parentes que moram no mesmo quintal dificultando os estudos de Rafael, Amada e Luciane, dificultando conversas e até brigas entre eles. Trouxeram também o desejo de Gislene voltar a estudar.

Luciane (a irmã), mostrou interesse para ensiná-la ler em casa desde que ela aceitasse, porque já tentou outras vezes mas Gislene ficava nervosa.

A mãe contou do seu relacionamento com sua genitora (a avó da paciente), “Ela me prendia dentro de casa e até hoje eu tenho dificuldades para sair sozinha. Passava a maior parte do tempo com ela cuidando dos serviços de casa. Só para vocês terem uma idéia quando você marcou a triagem de Gislene eu pense

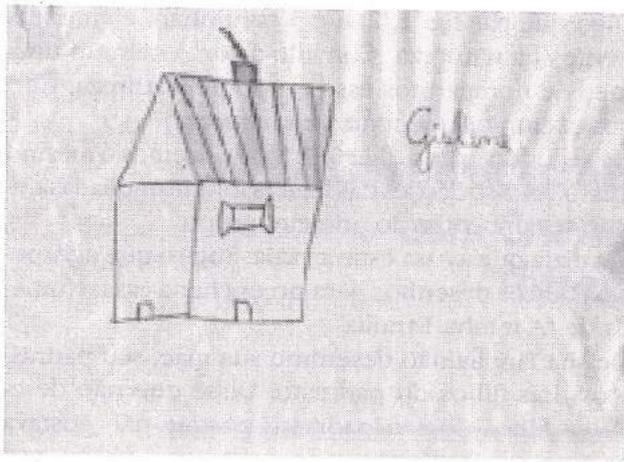


Fig. 6

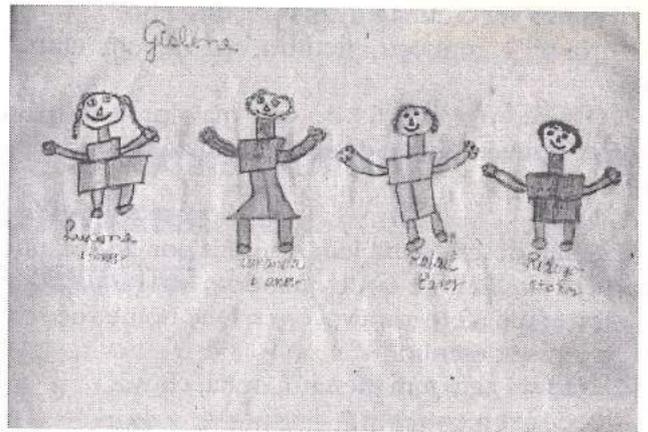


Fig. 8

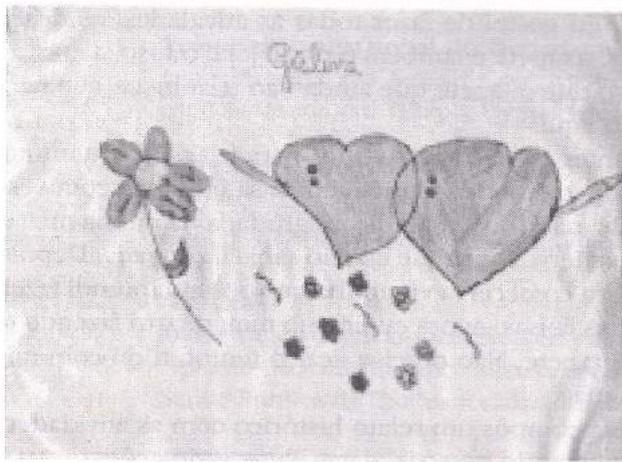


Fig. 7

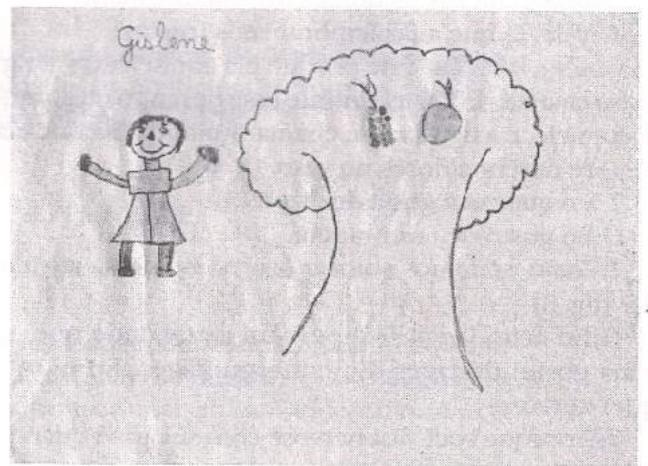


Fig. 9

várias vezes em não vir de tanto medo que eu tinha de sair de casa. Hoje quando olho para as minhas atividades e as de Gislene enfeitando a nossa casa me sinto mais forte e sei que se eu desistisse antes de ver pelo menos do que se tratava perderia a possibilidade de experimentar prazeres por exemplo como esse de ver as atividades além de ver a melhora da Gislene".(sic)

Dessas reuniões que fiz juntamente com a psiquiatra que também atende a mãe de Gislene foi preciso medicar Rafael que apresentava fortes dores de cabeça todos os dias, sonambulismo, irritabilidade.

Montamos cronogramas de todas as atividades da família horários de estudos incluindo os de Gislene, de brincar, de dormir, de passear.

Houve por parte da própria paciente o pedido para vir sozinha aos atendimentos mas ainda estamos negociando devido ao medo da mãe.

Esta arrumou emprego em casa de família para trabalhar duas vezes por semana. Com seu primeiro salário, reuniu seus filhos e foram a uma pizzaria comemorar. Essas mudanças causaram estranheza ao marido principalmente quando ela apareceu com a proposta de retornar aos estudos.

Gislene não conseguiu vaga na escola mas tem como proposta contratar uma professora particular.

Sinto que aos poucos as perspectivas da família se ampliaram para fora da instituição.

Atualmente Gislene vem uma vez por semana. Participa do grupo de terapia ocupacional e da oficina de tapeçaria. Os atendimentos familiares foram espaçados para duas vezes por mês.

A mãe dela continua na oficina de tapeçaria e no grupo de psicoterapia apesar de não manter a mesma frequência da oficina de tapeçaria.

Buscando Associações

Pedi para Gislene trazer todas as atividades que ela realizou durante o ano.

Espalhados pela mesa pedi que ela selecionasse os que mais gostou de fazer. Escolheu o tapete (fig. 3) e alguns desenhos (fig. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 e 9). Lembrou que não trouxe o outro tapete que estava em andamento mas o incluiu nesse grupo.

Pedi para que ela escolhesse os mais bonitos. (Fig. 1, 2, 3, 4, 5)

T:Vamos ver o que tem em cada desenho?

G:Na fig.1, tem céu, menino, sol, nuvem, chuva, onda.

T:O verão é a estação do ano mais propícia para ocorrer esse fenômeno de sol e chuva ao mesmo tempo. Você já viu?

G:Não.

T:O seu desenho me lembrou um por do sol, que acontece no final de tarde quando o sol vai embora; vou trazer uma foto para você ver. Que nome você daria para esse desenho?

G:Não sei aqui tem menino, onda, chuva...

T:Pode ser menino sol?

G:Pode.

T:E os outros?

G:Posso colocar os nomes dos meus irmãos?

T:Pode. O que a faz lembrar seus irmãos?

G:A fig. 2 é a Luciane porque ela adora frutas, a fig. 5 vou chamar de Rafael porque esse desenho eu aprendi com ele, e a fig. 4 vai se chamar Amanda porque ela sempre desenha flores no vaso.

T:E o que você gosta de fazer?

G:Eu gosto de fazer tapete.

T:Então podemos colocar seu nome nessa atividade? (fig. 3)

G:Eu acho legal. O tapete foi a atividade que eu mais gostei de fazer. Eu consegui fazer. Eu não fiquei nervosa.

T:E porque você fica nervosa com sua irmã quando ela está passando lição para você?

G:Eu não sei. Mas agora eu não fico mais nervosa.

T:Vamos ver o que tem de parecido nos desenhos.

G:Descreveu as figuras dizendo o que tinha e o que não tinha em cada uma.

Digo que nas fig. 1, 2, 4 e 5 continham elementos existentes na natureza. Convido-a para colar em uma cartolina e nomearmos esse grupo de Natureza. Cito outros exemplos que temos na natureza.

No segundo grupo (fig.: 6, 7, 8 e 9), fizemos o mesmo processo. As associações das figuras foram ampliadas utilizando-se também as do primeiro grupo.

Ela dizia que a casa estava vazia. Sugiro que agrupemos os outros desenhos para preencher a casa. Nomeamos de "A minha Família".

De sua família não desenhou sua mãe, seu padrasto e os dois filhos do padrasto. Disse que não desenhou os filhos do seu padrasto porque não gostava deles.

Chamo sua atenção para os tamanhos de seus irmãos, ficaram todos do mesmo tamanho.

G:Eu gostei de fazer todas as atividades, os desenhos, o tapete e também o porta jóia, o vaso, a máscara e o outro tapete que ainda não terminei e que não estão aqui.

Antes eu não abria a boca para falar. Eu sou muito tímida, quando ia alguém em casa eu ficava com vergonha não conversava ficava grudada na minha mãe e ficava nervosa porque eu não sabia fazer nada. Depois que eu comecei a vir aqui com você eu aprendi fazer muitas coisas. Agora eu fico no meu quarto fazendo o meu tapete. Não preciso ficar o tempo todo com minha mãe.

Ela compôs um relato histórico com as atividades, relacionando pessoas, datas, fatos e situações.

Uma história que de dentro para fora do setting da terapia ocupacional, fez de fora para dentro, no uso de atividades, trilhas que construíram novos caminhos não só de Gislene, mas de toda a família.

A Construção de um Caminho na Clínica com Crianças no Processo de Terapia Ocupacional

AUTORA:

DEIGLES GIACOMELLI AMARO

Terapeuta ocupacional do Departamento de Educação Especial do Município de Mauá, especializada em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina Preventiva da USP e especializanda em Terapia Ocupacional em Saúde Mental no CETO.

ENDEREÇO:

Rua Coronel Joviniiano Brandão, 397 Moóca – São Paulo / S.P.
Cep: 03127-010 – e-mail: mosivied@csf.com.br

AUTORA:

Maria Angela Franci Ambrosio, terapeuta ocupacional do Ambulatório da Criança do Município de Guarulhos, especializada em Saúde Pública – Materno Infantil – pela Faculdade de Saúde Pública da USP, especializanda em Terapia Ocupacional em Saúde Mental no CETO.

ENDEREÇO:

Rua Apinage, 816 Sumaré – São Paulo / S.P. Cep: 05017-000

AUTORA:

Patrícia Moldan, terapeuta ocupacional da enfermagem infantil do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e da SAADIL (Sociedade de Apoio e Assistência ao Desenvolvimento Infante Juvenil), especializanda em Terapia Ocupacional em Saúde Mental no CETO.

ENDEREÇO:

Rua Salvador Risoleo, 228 Jd. Peri-Peri – Butantã São Paulo / S.P.

AUTORA:

Sandra Regina Sibinel, terapeuta ocupacional da Associação Terapêutica AMARATI no Município de Jundiaí, especializanda em Terapia Ocupacional em Saúde Mental no CETO.

ENDEREÇO:

Rua Maria Lorencini Fonseca, 420 B. Caxambu - Jundiaí / S.P.
Cep: 13278-671

RESUMO:

Através da descrição de um processo de terapia ocupacional em clínica infantil, este artigo trata de valorizar as sutilezas dos acontecimentos vividos na relação triádica: terapeuta-atividade-paciente. Trata também de evidenciar que tais acontecimentos são guiados e passíveis de serem compreendidos através de enunciados teóricos e procedimentos técnicos da terapia ocupacional.

PALAVRAS-CHAVES:

Diagnóstico Situacional, Indicar, Código Secreto, Brincar.

Este artigo é resultado da discussão e reflexão de um grupo de terapeutas ocupacionais que tem em comum na prática clínica, o trabalho com crianças "que por fatores de ordem física e/ou psicológica e/ou social apresentam, definitiva ou temporariamente problemas de inserção social" ¹. Pretendemos através da descrição de um processo terapêutico vivenciado por Deigles G. AMARO, em um departamento de educação especial, explicitar aspectos de nossa clínica que podem ser compreendidos através de enunciados teóricos estabelecidos por BENETTON em terapia ocupacional e WINNICOTT em psicanálise.

Segundo dados do prontuário, W. nasceu após seis meses e meio de gestação em 02/05/88, ficou dois meses internado e durante o primeiro ano de vida teve alguns períodos de internação em decorrência de pneumonia. É o primeiro de três filhos. Sua mãe tinha 14 anos quando engravidou e seu pai 15 anos. Sua mãe foi morar na casa dos avós paternos de W., pois sua família não aceitou a gravidez. Os pais de W. não conseguiram assumir a responsabilidade de cuidar do filho e os avós maternos levaram W. para morar com eles. Depois os avós paternos foram buscá-lo e assumiram o seu cuidado, pois achavam que W. não estava sendo bem tratado. Os pais de W. ficaram um tempo separados e quando se reconciliaram tiveram mais dois filhos. Os pais de W. moram com os dois filhos menores no mesmo quintal da casa onde moram W. e seus avós.

Nos relatórios da terapeuta ocupacional que o atendia anteriormente, consta: "seu comportamento pode ser caracterizado como hiperativo e o contato que estabelece com o meio e as pessoas é superficial ... tem interesse pelo som dos objetos e costuma levá-los inicialmente à boca, não dando função adequada aos brinquedos, não demonstra reconhecer a maioria dos objetos pelo nome, não elabora brincadeiras, não consegue finalizar uma atividade, desiste rapidamente e procura outros objetos, mas de forma aleatória ... poucas vezes parece compreender o que lhe é dito, mostra-se 'desligado' ou demonstra agir como se fosse 'surdo' ... criança não fala e segundo avó, fica com outras crianças, mas não interage em brincadeiras e essa permanência é rápida ... é independente na alimentação, na higiene é dependente, apresenta controle de esfínter, no vestuário apenas despe-se".

O primeiro contato com W. foi em maio de 1995, durante um passeio a um parque de diversões. W. foi acompanhado de sua tia, que pouco parecia saber ao seu respeito. Segundo as pessoas que o atendiam, era considerado uma criança "difícil" e para poder ir a este passeio tinha que ir com algum acompanhante, devido a dificuldade em tomar conta dele. Durante o passeio, mostrou-se inquieto o tempo todo, negando-se através de choros e resistência corporal a ir em vários brinquedos e angustiando-se quando foi em alguns.

Tanto ele como sua tia ficaram o tempo todo mais afetados do grupo.

Dando continuidade a proposta de trabalho estabelecida, os atendimentos eram realizados uma vez por semana em sessões individuais. Seu avô é quem trazia na maioria das vezes.

Nos primeiros atendimentos houve a intenção de deixá-lo livre na exploração do ambiente, dos brinquedos, materiais e da terapeuta ocupacional, como uma primeira forma de conhecê-lo. A atividade realizada por W., na maioria das vezes, era a manipulação de um telefone plástico. Normalmente pegava o telefone, cava dando corda o tempo todo, batendo com os dedos nele, emitindo alguns sons e, quando fazia isto ficava com o olhar arregalado. Guardava o telefone no armário, circulava pela sala, com o olhar arregalado emitindo sons, batia no canto do espelho, atrás da cadeira, abria a janela, passava o olhar para fora, fechava a janela, abria a porta, fechava a porta, pegava o telefone no armário, o explorava do mesmo jeito. Quando a terapeuta falava alguma coisa com ele, olhava rapidamente e mudava a sua ação: se estava com um brinquedo na mão dava-o, e ia circular pela sala. Isso foi durante vários atendimentos seu modo de estar e interagir com a terapeuta e agir com os materiais.

Através das informações obtidas pela observação de como se comportava em atividades externas, como se relacionava socialmente, como era visto pelos técnicos que o atendiam, como se utilizava dos materiais e da relação que estabelecia com a terapeuta, vamos considerando o que BENETTON denomina de "diagnóstico situacional" ². Em nossa clínica, ele é um elemento que norteia nossas intervenções.

Quando chegava e ia embora, era oferecido contato físico através de um beijo. Apesar de no início se esquivar um pouco, parecia gostar, esboçando um sorriso. Brinquedos passam a ser levados para o colchonete e a terapeuta pedia para ele tirar o seu sapato. Ele logo começava a tirar e levava a mão dela para ajudá-lo. Mesmo quando ajuda, parecia querer o contato físico, demonstrando pela primeira vez prazer numa brincadeira. Durante algumas sessões continuaram realizando brincadeiras de contato corporal no colchonete, e frente ao espelho como, balançar com o corpo, cavar o olho no rolo, entre outras.

Eram seus avós quem o trazia para os atendimentos e participavam das orientações familiares dadas pela psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Seu avô o tratava como filho, queixava-se que W. era muito apegado a ele e que quando estava em casa, ele queria ficar no seu colo e às vezes tendo brincadeiras agressivas, como apertar e bater, que acabavam resultando em chucando. Sua avó dizia que era apenas avó de W. e que estava cansada de assumir todo o seu cuidado que já estava ficando velha e que não sabia quem

cuidar de W. depois que morresse. Dizia que queria que a mãe assumisse o cuidado dele, mas ao mesmo tempo ficava enciumada quando a mãe o convidava para passear ou via ele obedecendo alguns pedidos da mãe e não os dela. Seus avós mostravam-se confusos e desorientados no sentido de como lidar com ele. Diziam que em casa ele era muito organizado, não deixava nada fora do lugar e que atendia alguns pedidos que lhe eram feitos. Durante estas conversas ficava evidente a confusão na definição de referência de papéis que esta família oferecia a W. Conversávamos em reunião de equipe e falávamos da necessidade de se ter uma definição de papéis para que ele pudesse saber quem é, e começar a se estruturar. Consideramos necessário investir na aproximação da mãe no tratamento para vermos qual era a disponibilidade afetiva de poder prover cuidados a este filho, uma vez que pelo relato dos avós percebíamos que embora pouco, ela tinha algumas iniciativas de contato com ele. Outra indicação foi o encaminhamento para avaliação psiquiátrica, sendo medicado.

Com o passar dos atendimentos, a terapeuta percebia que W. se sentia a vontade na sala, percebia que alguns "códigos secretos" ³ estavam sendo estabelecidos, quando, por exemplo, um olhar seu pedia permissão para tirar o tênis, agora já realizando esta ação sozinho. Percebemos que as experiências de W. passam a transcorrer em diferentes fases da dependência, no percurso denominado por WINNICOTT ⁴ da "dependência absoluta caminhando em direção a independência".

Ansiosa por querer ver W. brincando, construindo coisas, a terapeuta oferecia brinquedos de desmontar e montar, jogos de encaixe. Ele os manipulava da mesma forma estereotipada. Por entender que, em nossa prática, frequentemente emprestamos nosso corpo, nossas mãos, nossas histórias e sentidos, durante um atendimento quando W. dava corda no telefone, a terapeuta pediu para ele emprestá-lo e o tira de sua mão com o objetivo de mostrar outro jeito de usá-lo. Neste momento, W. dá um tapa no seu rosto. A terapeuta ocupacional ficou muito brava, o segurou e falou como se sentia, dizendo que não queria que ele fizesse mais aquilo, porque machucava. Podemos pensar que, neste momento, além de estar se precipitando a forçá-lo dar um sentido ao brinquedo que para ele ainda não tinha, talvez não se devesse tentar romper as ações estereotipadas que ainda era a sua possibilidade segura de agir.

A brincadeira com bola era conhecida para ele. Quando ia jogar, olhava para a terapeuta, dava um sorriso e a jogava com toda força no chão. Nesta brincadeira demonstrava agressividade, e ela achava que precisava ser continente a isto, e o fazia segurando a bola e a devolvendo devagar.

Quando a terapeuta aparecia no corredor da sala de espera, W. vinha em sua direção, dava a mão como se estivesse falando: "vamos para a sala". Quando isso acontecia ela o cumprimentava com um beijo e dizia a ele para ele esperar, que daqui a pouco iam brincar. Quando era oferecido papel e lápis de cor, ou tinta, W. demonstrava não ter a mínima noção do que era para ser feito. A terapeuta mostrava uma forma de uso, e ele muito rapidamente riscava o papel ou passava o pincel na folha, como se estivesse fazendo por obrigação, e não demonstrando prazer nenhum. Por isso, poucas vezes este tipo de material foi utilizado.

Sentia que o caminho a ser feito com W. era proporcionar momentos em que realizasse atividades que lhe desse prazer, que proporcionasse a sua estruturação a partir da validação do que fazia no setting terapêutico. Para isto, ele precisava de um ambiente facilitador que lhe proporcionasse referências, como o horário de atendimento, a sala, o armário, os brinquedos conhecidos e a terapeuta.

A hipótese de W. apresentar deficiência auditiva, logo nos primeiros atendimentos foi descartada. Ele compreendia várias falas que tinham sentido para ele, outras não, por parecerem não ter o registro afetivo que as significavam.

Em atendimentos W. pegava dois ou três brinquedos (um de cada vez), rodava, batia com os dedos, guardava, circulava pela sala, abria e fechava porta e janela. Em outros se ligava mais nas brincadeiras. Passou a brincar muito com uma casinha de encaixes de formas. Tirava todas as formas da casinha, rodava a maçaneta da porta, coloca as peças de volta (até tentava pelos encaixes do telhado e janela, mas como era difícil acabava colocando pela porta). A terapeuta o ajudava, segurando na sua mão para achar os encaixes.

W. participou do ensaio da festa de fim de ano e realizava alguns gestos da coreografia que estava sendo ensaiada. Em um ensaio em que a terapeuta ocupacional não estava, bateu em alguém e foi embora do ensaio. Isto fez com que os avós não o trouxesse para o dia da festa. Mais uma vez se percebe que o seu meio familiar e social era muito pouco continente a suas "esquisitices".

A terapeuta ocupacional e a equipe tiveram como objetivo para o início de 1997 trazer a mãe para o acompanhamento. A terapeuta ocupacional a chamou para alguns atendimentos. Ela contou um pouco de sua história, falando de como sofreu durante sua gravidez, e depois que W. nasceu. Achava que não tinha condições e maturidade para assumir o cuidado de W. que acabou sendo feito por outros. Conta que tinha vontade que W. fosse morar com ela, mas que como morava em um cômodo só, não tinha espaço, embora às vezes ele fosse para sua casa. Dizia que W. não gostava de brincar com seu outro filho de 4 anos, mas que ajudava e

adorava olhar a mãe cuidar de sua irmãzinha. A incomodava algumas brincadeiras estúpidas dele e alguns comportamentos estranhos com as mãos e masturbatórios, e queria saber o porque isso acontecia. Também falava que às vezes convidava W. para fazer alguma coisa, mas a avó não deixava. Falava que tudo que ela pedia para W., ele fazia. Era explícito como W. pedia e queria ser cuidado pela mãe. A terapeuta percebia que esta também tinha esta vontade, mas ainda tinha que conquistar este espaço. Ela se dizia com muita vontade de se aproximar do filho, mas não sabia como. A indicação da terapeuta foi que começasse a trazê-lo para os atendimentos e reforçou a necessidade de participar do grupo de orientação psicológica.

No primeiro dia que W. veio acompanhado pela mãe, seus olhos brilhavam de alegria, e eles pareciam dizer à terapeuta: "veja quem está aqui comigo, é minha mãe". A terapeuta conversava com ele e a mãe reforçava para ele responder, dizendo o que era para ser falado. Para o espanto da terapeuta, ele tentava repetir algumas palavras que a mãe falava "por" ele.

Pelo relato da mãe, pelo que observávamos na sala de terapia, no corredor, nos ensaios, percebíamos o quanto era difícil para W. se relacionar com o outro, ainda buscava no contato a dois, a possibilidade de se constituir. A partir desse diagnóstico em terapia ocupacional, claramente situacional (2), sentiu-se a necessidade de proporcionar um espaço que ampliasse as ofertas afetivas, ajudasse a colocar alguns limites externos e a se perceber enquanto pessoa participante dentro de um contexto, caminhando assim, para ampliação de seus recursos internos⁵.

Os atendimentos em terapia ocupacional passaram a ocorrer individualmente uma vez por semana e outra vez em um grupo de três crianças. A terapeuta acreditava que além da referência que o grupo lhe daria, este poderia provocar o desejo por brincar (agir) de um outro jeito e futuramente com a participação do outro. Isto é, que o brincar de outra criança e sua relação comigo, pudesse provocar o desejo de W. de experimentar aquela brincadeira.

Nos atendimentos individuais continuava freqüente às vezes que W. abria e fechava a janela e a porta, pegava um brinquedo no armário brincava estereotipadamente, o guardava, depois voltava a pegar. Quando saía da sala sempre olhava para a terapeuta, pedindo permissão. Às vezes demorava um pouco mais, pois ia ao banheiro. Realizava esta atividade sem precisar da ajuda de ninguém, mas era muito afobado, abaixava as calças de qualquer jeito, assim como as subia. Algumas vezes a terapeuta o acompanhou nesta atividade, mas depois de um tempo ele a fazia sozinho.

Apesar destas ações repetitivas (que pareciam esvaziadas de significação) incomodarem, a terapeuta acre-

ditava que tinha que dar oportunidade para elas ocorrerem. Primeiro porque eram a partir delas que ele podia estar ali naquele momento e segundo porque quando permitia que ele usasse o espaço como quisesse, ele tinha um lugar seguro para estar.

Sua mãe havia contado que ele adorava ajudar a cuidar de sua irmã, e principalmente dar banho. Um dia então, a terapeuta trouxe uma banheirinha e uma boneca, e o convidou para enchê-la. Sem falar nada ele pegou a banheira, foi no banheiro encheu de água (a terapeuta só o acompanhou), voltou e ficou "dando banho na boneca" por quase o atendimento todo. Ao fazer isso a terapeuta cantava alguma música que ele tentava acompanhar. De vez enquanto ele olhava para ela e sorria. Tinha a impressão que ele vivia a experiência de ser cuidado ao cuidar daquela boneca. Durante várias sessões ele realizou esta atividade, às vezes intercalada com pegar e guardar outro brinquedo. Brincou bastante com uma casa de madeira e carrinho, aviões que colocava e tirava da casa. Quando ele fazia isso, uma história do que estava acontecendo com aqueles carrinhos e aviões era narrada. Fizeram dobradura de aviões em que ele ajudava a pintar e tentar dobrar, ainda que muito rapidamente. Toda vez que fazia uma atividade nova parecia muito ansioso e com medo, querendo acabar logo para voltar para o conhecido. Porém, sentia que mesmo ainda com medo ele estava experimentando situações novas.

As saídas da sala durante os atendimentos individuais diminuíram um pouco. Nos atendimentos nos grupos com o passar do tempo só saía uma vez para ir ao banheiro. Agora, além de pedir permissão através do olhar, falava "xixi".

Nos atendimentos no grupo foram estabelecidas algumas regras quanto a utilização do espaço, dos brinquedos e dos materiais. Todos os participantes tinham em comum as ações estereotipadas, e o pouco tempo de interesse em cada brinquedo. Uma das regras é que não poderiam sair toda hora da sala. Outra, era que só iriam abrir o armário no início do atendimento e escolher um brinquedo, depois o armário ficaria fechado e poderiam pegar apenas alguns brinquedos ou materiais que estavam em cima da mesa. Eram deixados alguns brinquedos que eles estavam acostumados a brincar e outros novos.

Nas primeiras vezes que W. foi ao armário e este estava trancado, ele ficava muito agitado, tentando bater e chutar a terapeuta. Ela apenas o continha e explicava o porque do armário estar fechado. Depois de alguns atendimentos quando ele tentava abrir o armário e não conseguia, pegava algum outro brinquedo da sala. Colocava às vezes, o brinquedo que sabia que ele gostava (nessa época brincava muito com a casinha de encaixes) em cima do armário. No início ele solicitava a terapeuta para pegar, depois ela mos-

trou-lhe um jeito de poder fazer sozinho, subindo na cadeira.

A terapeuta tentou fazer com que a mesa ou o colchonete fosse um lugar de referência para o grupo estar junto. Em alguns atendimentos isto era conseguido. E enquanto eles brincavam, ela ia conversando com eles contando histórias do que estava vendo e tentando colocar os animais de madeira e o carrinho que outra criança brincava dentro da casa de W., ele e as outras crianças faziam isso também. As suas ações repetitivas eram interrompidas, quando o carrinho era grande demais e não cabia na casa. Ele fazia um esforço grande e pedia ajuda através do olhar. Às vezes uma criança tirava o brinquedo dele e ele ficava bravo e ia atrás. Por vezes participava da construção da casa que a terapeuta fazia com outra criança com blocos de montar. Outras, ele e outra criança iam para o colchonete fingir que estavam dormindo. Gostavam de brincar de a terapeuta os acordar e um acordar o outro.

Um fato importante do grupo é que ele proporcionava o encontro destas mães. Elas ficavam conversando na sala de espera enquanto esperavam os filhos. A mãe de W. apesar de quase nunca faltar, era freqüente chegar atrasada. A hora de chegada e saída era muito importante, pois nelas eles se olhavam, se cumprimentavam, cumprimentavam a terapeuta, e as outras mães. Estas ajudavam na tarefa de perguntar quem estava faltando e o que podia ter acontecido. Sempre era falado para o grupo da falta do outro. Queria mostrar a importância da referência das pessoas.

Tanto para os atendimentos individuais, como para os grupais, sua mãe trazia o irmão de W. Este sempre queria entrar nos atendimentos. Isto só era permitido em algumas vezes, em que também entravam mães e outros irmãos. Nestes momentos, percebia-se que W. estava dividindo brinquedos com o irmão e até compartilhando de algumas brincadeiras. Sua mãe contou que isto também estava acontecendo em casa. Quando a terapeuta dizia para o seu irmão que ele não iria entrar, W. a pegava pela mão puxando para a sala com um lindo sorriso no rosto. Parecia que ele queria dizer ao irmão: "está vendo eu também tenho um espaço só meu, e uma pessoa que me dá mais atenção do que a você". A terapeuta sentia que este era um código entre eles. Ele parecia confiar na terapeuta, sabendo que ela não ia deixar o irmão entrar, a não ser nos momentos em que a família de todos era incluída.

A partir do fim do ano de 1996, os atendimentos individuais foram suspensos por perceber que o grupo era um meio afetivo e social que estava oferecendo a ele uma estrutura e a possibilidade de experimentar o novo, o fazer, o construir. Sentia-se que ele não precisava mais abrir e fechar o armário, abrir e fechar a porta, pegar um brinquedo e não saber o que fazer com

ele. Além disso, percebia que ele realmente estava sendo cuidado pela mãe, e isto ia o ajudando a estruturar o interno e a caminhar no externo (2).

Este grupo terapêutico, este espaço, esta freqüência na instituição estava muito pouco para W. A terapeuta tinha a certeza que ele precisava começar a freqüentar um grupo escolar. Este também era um pedido da mãe e dos avós.

Durante o primeiro semestre de 1997, a terapeuta ia no horário de atendimento com W. e as outras crianças para o espaço da escola: parque, refeitório, quadra. No parque W. ficava o tempo todo na balança. Balançando e cantando. Algumas vezes, as mães eram convidadas para ir. Enquanto eles brincavam a terapeuta e as mães conversavam sobre o que eles gostavam ou não de fazer, assim como elas.

Para a festa do dia das mães a terapeuta pediu para eles pintarem o convite que seria dado a elas. Para surpresa da terapeuta, W. pegou o lápis de cor e desenhou na capa do convite.

Depois deste dia, papel, lápis, giz de cera passaram a fazer parte das atividades desenvolvidas. Um dia ele pegou a mão da terapeuta e tentou contorná-la. Ficaram brincando de um contornar a mão do outro e um ajudar o outro. Estavam jogando, e se divertindo bastante. Uma das últimas atividades realizadas na sala de terapia foi o contorno da mão de W., que a terapeuta recortou, ele ajudou a passar cola, colaram em uma folha de papel e ele ajudou a colar na parede. Esta atividade ficou enfeitando a sala por algum tempo.

A participação de W. nas atividades da escola foi intensificada. A terapeuta ia com ele para o lanche, para as aulas de educação física, para a sala de aula, e lá ficava com ele durante o horário do atendimento. Quando estava na sala de aula, ficava quieto ouvindo o que a professora estava falando e ensinando. Logo nos primeiros dias foi oferecido massinha, e ele começou a olhar o que as outras crianças faziam e a tentar fazer igual. Quando este material foi oferecido a W. no início de seu processo terapêutico ele o jogava no chão, parecendo que não servia para nada. Neste momento, parecia servir.

Era percebido ainda mais a importância da validação do que W. estava produzindo, e a valorização da sua presença nas atividades da escola, incluindo também as festas, que ele, sua mãe e seus irmãos começaram a participar. Também era reforçado para mãe como estava sendo importante para W. sua participação nas atividades de sua vida. Sua mãe conta que eles estão construindo mais um cômodo na casa e quando ficar pronto eles irão levar W. para morar lá. Ela diz que ele passa quase o dia todo em sua casa e só está indo dormir na casa dos avós.

No fim do primeiro semestre de 1997 reforçou-se perante a equipe a necessidade de W. entrar na escola.

Assim a terapeuta ocupacional e a equipe indicaram a sala de aula que ele começou a frequentar no início do segundo semestre deste ano.

Escolheram uma sala de aula em que tinha duas professoras. Uma delas, além de ser uma pessoa muito afetiva, trabalhava tentando incluir seus alunos nas atividades realizadas, independente do que cada um podia realizar, e também era uma pessoa que marcava presença forte em todas as colocações que fazia frente as crianças. A outra professora também era muito afetiva e muito disponível. Achou-se que era uma boa dupla para continuar dando referência para W. e a validar sua presença e participação. Os alunos desta classe apesar de ter um rendimento pedagógico muito diferente do que se esperava que ele tivesse nesse momento, eram crianças alegres e participativas, que certamente iriam cuidar de W. ao mesmo tempo serem cuidadas por ele. Exceto uma criança desta sala, todas as outras usavam cadeira de rodas e precisam de ajuda para se transferir de um lugar para o outro e para se locomover. Esta foi uma importante função que W. tinha dentro do grupo: ajudar a levar as crianças para o refeitório, para o parque e ajudar as professoras a pegar e guardar os materiais, entre outras.

O acompanhamento de terapia ocupacional com W. passou a ser nas atividades desenvolvidas na sala de aula. Era gratificante quando a terapeuta ocupacional o via passando cola na vareta para "construir" o seu pipa (ainda que sem muita destreza para fazê-lo) e depois desenhá-lo na folha de papel. Ou ainda, quando via o contorno de sua mão feita nas folhas sulfite ou quando fazia um desenho depois de se contar uma história. O que mais chamava atenção era que apesar de W. ainda parecer não entender para que eram as atividades que realizava, mostrava um prazer muito grande de estar no grupo e participava do jeito que podia. Ele sabia que lá era um lugar para fazer, aprender, e estar com outros. Em alguns momentos ainda ficava disperso, como se não estivesse ali, mexendo e lambendo a mão, mas logo o grupo o lembrava para retornar para a realidade externa.

Em uma das últimas atividades realizadas na sala de aula de W. no fim do ano, a terapeuta ocupacional e as suas professoras combinaram de realizar um café da manhã e convidar os pais dos alunos para participarem. Discutiu-se a atividade com eles e decidiu-se fazer um convite para chamar as mães para este dia. Enquanto discutia-se o que ia se escrever no convite, W. ficava sentado, parecia não estar prestando atenção. Quando consultado sobre alguma idéia para escrever no convite, a terapeuta ou uma das professoras falava uma possível resposta para ele responder e ele murmurava alguns sons: era a sua resposta. Ao rodar o convite no mimeógrafo o texto escrito e ao pintá-lo, W. sorria. No dia do café da manhã ele e sua mãe che-

garam atrasados. Enquanto comia sua mãe conversava (ainda que timidamente) com as outras mães e crianças. W. foi muito solicitado para ajudar a tirar a mesa, levar as canecas para a cozinha, levar as cadeiras para outra sala, colocar a mesa no lugar. Sua mãe ajudou muito e pedia a ajuda dele também. Se via no rosto de W. e de sua mãe uma alegria muito grande por estarem ali.

Sua mãe o trouxe para todos os dias de aula durante o semestre e ficava esperando-o até a hora de ir embora, pois não tinha dinheiro para o ônibus. Este também era um jeito de estar mais próxima e cuidando dele. Como pode-se perceber através de suas ações (se atrasar para os atendimentos, para o horário da aula), sentíamos que embora atrasada, ela estava cuidando de seu filho. Não importava o tempo perdido, mas sim o tempo e o caminho que estava sendo construído.

A professora de W. contou que durante a reunião de pais, foi sua mãe quem fez o cartão com mais capricho e se mostrou muito emocionada. No cartão, entre outras coisas, estava escrito: "Eu amo você".

O relato deste trajeto de processo terapêutico nos faz acreditar que no caminho da vida de W. ainda haverá muita história para ser vivida e contada.

Referências Bibliográficas

- BENNETTON, M. J. *Trilbas Associativas. Ampliando recursos na clínica da psicose*. Lemos Editorial, São Paulo, S.P. 1991.
- BENNETTON, M. J. *A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental*. Tese (doutorado): Universidade Estadual de Campinas, 1.994.
- DAVIS, M.; WALLBRIDGE, D. *Uma Introdução à obra de D.W. Winnicott LIMITE E ESPAÇO*. Editora Imago, 1982.
- WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Editora Imago, 1975.
- WINNICOTT, D.W. *A família e o desenvolvimento individual*. Editora Martins Fontes, 1997.

Notas

1. Esta é a definição da população alvo da Terapia Ocupacional proposta por BENNETTON em "A terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Terapia Ocupacional" Pág. i (2)
2. Definido tal diagnóstico como situacional, ele é estabelecido pela análise das condições socioemocionais imediatas com as quais o indivíduo se apresenta para nossa observação. Lançamos mão, além disso, da composição diagnóstica - contamos com os diagnósticos psiquiátricos, psicológicos, psicanalíticos, de serviço social e de enfermagem. Adicionalmente, os dados socioeconômicos, sociopolíticos e culturais são muito importante. O diagnóstico situacional em terapia ocupacional não é classificatório e sim específico para cada caso ou situação ... Para terapia ocupacional dinâmica o que orienta a prática é o que pode saber da história pessoal do sujeito. Essa história dificilmente é relatada pelo próprio sujeito. Aliás, na maior parte das vezes, essa história é composta pelos retalhos de fatos contados pela sua família, pelo psiquiatra, psicoterapeuta, amigos e vizinhos. É uma história vizinha ao próprio sujeito. Tudo o que se pode obter da história, sem que se constitua ainda numa história pessoal, é para onde deve se voltar o olhar da terapeuta ocupacional que vasculha a particularidade" Pág. 119 e 120 (2)
3. Segundo BENNETTON em *Trilbas Associativas. Ampliando recursos na clínica da psicose*: " Quanto a comunicar através do próprio corpo, tenho me referido a isso como sendo um código secreto, que vai se compondo durante o processo terapêutico, entre terapeuta e o paciente, onde o falar ultrapassa as palavras e situa-se no próprio corpo" Pág. 41 (1)
4. Para WINNICOTT, nos primórdios da vida, o bebê estabelece com a mãe uma relação de dependência absoluta, que gradualmente vai passando a ser relativa na medida em que ele pode prescindir dos cuidados maternos por ter acumulado memórias de maternagem, e por ter desenvolvido confiança no ambiente e maturação dos processos intelectuais. Assim sendo o indivíduo caminha em direção a independência. Para este autor a independência nunca é absoluta, pois todo indivíduo sadio se relaciona interdependentemente com o ambiente. (3) e (5)
5. Uma referência teórica utilizada por WINNICOTT é a de mundo interno. Segundo este autor, a realidade interna surge da "fantasia" do bebê, que nos primórdios da vida, consiste de uma "elaboração imaginativa muito simples de partes, sentimentos e funções somáticas ... finalmente, fundamentando-se em uma experiência cada vez mais ampla, juntamente com um desenvolvimento neurológico concorrente, emerge o mundo interno" Pág. 48 (3). " Pode-se dizer a respeito de cada indivíduo que alcançou um estado de ser, uma unidade com uma membrana limitadora e uma parte de dentro e outra de fora, que existe uma realidade interna para este indivíduo, um mundo interno que pode ser rico ou pobre e pode estar em paz ou em guerra" Pág. 15 (4)

Terapia Ocupacional e Intervenção em Crise — uma Possibilidade para Novas Interações

AUTORA:
ALESSANDRA REIS PINTO

Terapeuta ocupacional com especialização no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo e especialização em Saúde Mental no C.E.T.O.

ENDEREÇO:
Rua Professora Sebastiana da Silva Minhoto, 351 - São Paulo

RESUMO:

Será apresentado neste artigo o processo terapêutico em terapia ocupacional de C., paciente do CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial de Diadema).

O CAPSI-Diadema oferece à população três tipos diversos de programa de atenção: Programa Ambulatorial (PIV), Programa de Hospital-Dia (PID) e Programa de Inserção Social (PIS).

A proposta terapêutica da terapia ocupacional no PID é o atendimento grupal de pacientes que se encontram em crise e que pela gravidade necessitam de um local de acolhimento onde a comunicação e organização possam ser estabelecidas através do uso de atividades.

PALAVRAS-CHAVES:

Processo terapêutico da terapia ocupacional - intervenção em crise - *setting*.

Apresentação

C. chegou ao CAPSI em Outubro de 1995 quando, aos 19 anos, apresentou seu primeiro surto psicótico. Ele se mostrava delirante, agressivo e alucinava (ouvia vozes de uma namorada imaginária, com quem conversava). C. foi encaminhado para nosso Hospital-Dia pela gravidade de seu caso que necessitava de uma atenção constante.

C. nasceu no Rio de Janeiro em 1975, é o terceiro filho de uma prole de oito, sendo que o filho anterior a ele e os outros dois filhos posteriores, faleceram quando bebês. Seus pais, que são primo-irmãos, têm, atualmente, uma condição sócio-econômica precária: a mãe é diarista e o pai é operador de máquinas.

Os pais de C. viveram a maior parte da infância e adolescência em instituições para menores e em casas de famílias adotivas, na idade adulta se casaram. Atu-

almente, são separados mas vivem com C. e os outros filhos na mesma casa.

A mãe relata que quando C. tinha 9 anos foi chamada pela professora dele que solicitou uma avaliação médica, pois C. era calado, aéreo, deixava que os colegas da escola lhe batessem. Segundo a avaliação do neurologista, C. apresentava disritmia e tomou remédios (mãe não sabe referir quais) por um ano até que abandonou o tratamento.

Em relação a antecedentes familiares sabemos que a avó-materna de C. tem problemas mentais e vive na rua e sua irmã que também é a avó-paterna de C. exercia a prostituição e, por conta disso perdeu a guarda do pai de C., quando este era criança. Há também um tio paterno que é andarilho.

C. frequentou por um mês o Hospital-Dia do CAPSI sem apresentar melhoras. Acabou sendo internado por

seus pais em um hospital psiquiátrico pois durante um final de semana provocou um quebra-quebra em sua casa e ameaçou se matar com uma faca apontada para o peito. Quando C. relata esse episódio conta-nos que foi impedido de se matar por seu pai que disse: - "Meu filho, não faça isso."

Após a internação C. se apresentava menos agressivo e com uma pequena melhora no contato. Nos grupos de terapia ocupacional C. em alguns momentos aceitava meu convite para fazer alguma atividade, demonstrava habilidade com os desenhos, desenhando e modelando, basicamente, dinossauros.

C. tinha uma aparência descuidada, era sujo, suas unhas eram grandes e sujas. Atualmente ele tem conseguido se apresentar mais limpo.

Naquele momento percebi que sua "sujeira" provocava um certo afastamento das pessoas, o que vinha de encontro à sua tendência ao isolamento.

A partir disso, procurei me aproximar dele exercendo, principalmente, funções de cuidado, lembrando-o e ajudando-o a cortar as unhas, emprestando-lhe *shampoo* para lavar seus cabelos quando ia para casa.

Observo nesse momento que C. também conseguiu estabelecer uma relação mais próxima com nossa auxiliar de enfermagem, que cuida da administração das medicações, faz curativos, enfim, através de cuidados básicos que se assemelham ou reeditam cuidados primários.

C. a chama carinhosamente de avó desde que soube que ela tinha ganhado uma neta e frente ao histórico familiar de C. é importante ressaltar que ele não teve contato com suas avós.

Nos grupos de terapia ocupacional, depois de vários desenhos cujo tema dos dinossauros se repetiu insistentemente, C. demonstrou interesse por desenhar armaduras e super-heróis. Nessa ocasião encontrei um livro sobre cavaleiros e armaduras numa livraria e contei para C.; após alguns dias ele trouxe o livro pois havia ido até lá para comprá-lo, mas este não o satisfaz por muito tempo, logo ele virou freqüentador de bibliotecas e museus, procurando armaduras.

C. desenha armaduras não só no *setting* da t.o., desenha sempre que pode e muitas vezes isola-se para desenhar escapando das demais atividades grupais. A partir de um diagnóstico situacional compreendo que C. está sempre fora, num mundo à parte e, embora não mais converse com sua namorada imaginária, em algumas ocasiões fala sozinho como que respondendo a xingamentos.

Nas sessões C. começa a contar de um projeto: encontrar uma namorada real, alguém que goste dele, que o aceite como é e que possam ficar juntos para sempre. Em alguns momentos quando conversamos sobre isso ou, quando de alguma forma es-

tou cuidando dele, C. me diz: - "Se você não fôsse tão velha nós poderíamos um dia nos casar". So, então, que esta fala é de um campo tranfere: estabelecido.

No período que C. passa a desenhar armaduras surge também um personagem, o *Fedão*, que segundo era um *cocozão* com braços e pernas que morava dentro de um vaso sanitário, ou numa versão posterior um homem *barbudão*, *sujão*, que fala com a língua para fora e que tem um *bundão* enorme. Observo então que quando C. quer se aproximar das pessoas as histórias do *Fedão*, na intenção de ser engraçado porém, acaba provocando, na maioria das vezes, em alguns, indulgência e riso noutros.

Percebo o delineamento de dois funcionamentos principais: C. usa o *Fedão* (que é sujo e provoca nojo) para estabelecer suas relações com o grupo e usa os desenhos das armaduras para se isolar, muitas vezes diz que não quer saber deste país, que não gostava aqui pois no Brasil não existem castelos, quando C. com raiva diz que odeia o povo brasileiro, enfim usa as armaduras para dizer que não é deste ter-ritório que não é deste lugar.

C. já fez inúmeros desenhos de armaduras vazias, não vestidas nos cavaleiros, soltas nas folhas como que pairando nela e grande parte delas inacabadas. C. inicia o desenho, procurando fazer que chama de "armadura perfeita", se decepciona algumas vezes nem tem o trabalho de apagá-las ou limpá-las fora e também não as coloca na pasta, larga-as sobre as folhas de sulfite a serem usadas pelos outros colegas nos grupos de terapia ocupacional.

C. vive assim, neste mundo à parte, sem registrar muitas vezes sem o outro.

A partir dessas observações, como intervenção rápida, tento ampliar, nas atividades, o tema das armaduras e cavaleiros com ele, associando a elas características que ele coloca nas armaduras: características do cavaleiro que a vestiu um dia: a armadura era muito larga provavelmente ela parecia a um cavaleiro gordo, um italiano que gostava de macarrão; quando a armadura apresentava detalhes nas longas o cavaleiro devia correr bastante durante as batalhas. Num momento posterior, enumero com ele as características que esses homens deviam apresentar dentro deste contexto: coragem, disciplina, concentração - qualificações oferecidas a mim também, para ele -; e a partir disso, estabeleço um código: sair do grupo de t.o. somente uma vez; tentar terminar seus desenhos de armaduras, usando a borracha para apagar as imperfeições"; e guardá-los em sua pasta de desenhos.

Através dessa construção procurava, como às vezes, integrá-lo em um contexto onde ele pudesse

menos reconhecer a existência de um outro na medida em que conseguisse responder ao novo código comigo.

Após inúmeras tentativas, numa sessão de t.o., C. consegue desenhar um interior de um castelo com diversas armaduras e, além disso, pintá-las com a minha ajuda, C. que é bastante exigente com seus trabalhos fica satisfeito com o resultado. Quando C. termina seu cartaz, mostra-o para todos os técnicos e funcionários do CAPSI, conta-me que agora quando o chamarem de vagabundo (as vozes) ele poderá responder que faz cartazes de castelos. C. pede permissão, pela primeira vez, como se precisasse, para levar seu trabalho para casa e segundo me conta o pendurou em cima de sua cama.

Acredito que assim como as armaduras vão deixando de ser ocas, nesta trilha, C. começa a se apropriar do que faz e com isso se relacionar, mesmo com seu sintoma, inserido, ainda não no mundo, mas num conjunto um pouco maior; se antes as armaduras eram utilizadas no seu retraimento agora podem também se inscrever nas relações com a equipe, com o grupo, como por exemplo nesta situação que relatarei:

C. desenha uma armadura cheia de arabescos e eu lhe pergunto de que lugar ela é; C. me diz que é da Itália, pergunto, então, se ele quer encontrar um nome italiano para um cavaleiro que vestiria essa armadura, C. prontamente diz que o nome seria Francesco e o

escreve ao lado da armadura. Posteriormente, ele oferece esse desenho à R., uma adolescente do grupo que lhe diz que não aceitaria um presente incompleto, já que faltava pintá-lo. C. pega as canetinhas e o pinta e entrega à R. Como resposta, R. pede à psicóloga, que coordena o grupo comigo, para fazer uma colagem onde aparecem a figura de um avião e de uma mulher com uma roupa estilizada parecida com uma armadura e com isso presenteia C., que fica bastante satisfeito e guarda seu "presente" em sua pasta.

Referências Bibliográficas

- BENETTON, Jô. Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica das psicoses. São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- BENETTON, Jô. A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental. Tese (doutorado) - UNICAMP. Campinas, UNICAMP, 1994.
- TEDESCO, Solange. A prática da terapia ocupacional em farmacodependência - brincando na roda de fogo. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. São Paulo. Vol. 1, n.1, 1995.
- TEDESCO, Solange. Terapia ocupacional: produzindo uma clínica de atenção às dependências. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. São Paulo. Vol. 2, n.2, 1997.

Um Caso Especial

AUTORA:

Monica da Cunha Albrecht Salviano

ENDEREÇO:

R. Pascoal Vita, 366 - apto 11, V. Beatriz, São Paulo-SP CEP: 05445-000

RESUMO:

Este é um relato dos atendimentos de R. do início de abril a início de novembro de 1997. Procuramos ressaltar na apresentação do presente trabalho um pressuposto que sobressaiu-se durante a revisão das anotações dos atendimentos: a questão do campo transferencial dentro da terapia ocupacional. Aspectos como o setting terapêutico da terapia ocupacional, a relação triádica e a transferência/contra-transferência dentro da relação terapêutica tornam-se evidentes na apresentação do caso.

PALAVRAS-CHAVE:

Relação triádica, código secreto, transferência/contra-transferência.

"(...) como princípio, existe uma terapeuta ocupacional que deve manter um campo propício para a realização de atividades. Nele encontramos materiais, instrumentos e objetos que fazem parte do cotidiano das pessoas (...) e, sobretudo, quase nada de neutralidade. Uma situação onde o falar é tomado como uma atividade a mais e, por estar comprometido com o fazer, assegura um forte compromisso com a realidade externa." (Benetton, 1994)

Apresentando o Caso

R.Y. é uma adolescente de 15 anos, solteira, natural e procedente de São Paulo. Morava com seus pais e um irmão 5 anos. Estudou até o 1º colegial onde fazia magistério.

Em abril do ano de 1997 R. foi encaminhada ao Ambulatório de Crise da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) por uma tentativa de suicídio. Contou que se sentia triste, aparentemente sem motivo, há 1 ano todos os dias. Não tinha vontade de ir à escola ou a qualquer outro lugar. Após a tentativa de suicídio, R. passou a dormir na cama com seus pais e seu irmão durante alguns meses.

R. tem uma história psiquiátrica anterior a este episódio. Segundo os pais, fez acompanhamento clínico psiquiátrico e psicoterapia dos 3 aos 6 anos de idade, pois

"era uma criança nervosa, tinha terror noturno" (sic). S mãe contou que este nervosismo veio se transformando em agressividade e vem piorando desde novembro de 1996.

Em seu primeiro atendimento em terapia ocupacional, no dia 9 de abril de 1997, R. contou-me inicialmente rindo, a "arte que aprontou" (sic). Conforme ia relatando o ocorrido e dizendo não saber que estava acontecendo, R. pareceu entrar em contato com um sofrimento que a levou a chorar. Falou-me sobre a atual situação familiar após sua tentativa de suicídio como os pais arquitetavam planos e mecanismos para controlar os seus movimentos pela casa. R. falou sobre dormir na cama dos pais em tom de desagrado, quando perguntei, disse que "é bom... a cama deles é mais quentinha" (sic). Contou-me que seu quarto

como depósito de objetos da casa, e não havia nela nada que lhe agradasse.

Propus a R. que fizesse alguma peça de utilidade/decoração para preencher este quarto vazio de coisas dela e vazio dela mesma, já que estava dormindo no quarto dos pais. Ela se recusou, dizendo não querer enfeitar seu quarto.

Logo no início do nosso segundo encontro, R. aceitou minha proposta de fazermos juntas bijuterias (missangas de argila) para ela.. Olhando para a argila, R. disse: " O barro é escuro e me lembra algo ruim. Não vou mexer com isso" (sic). O mesmo ocorreu com outras tentativas de chamar R. para uma atividade. Parecia que as propostas que eu fazia podiam até parecer interessantes a ela, mas algo acontecia que impedia a realização destas.

Durante quase todo o período deste atendimento fiz uma atividade sozinha, procurando provocar alguma reação em R. que a estimulasse a um fazer. R. ficava em silêncio, apenas observando. Não observava apenas o que eu fazia, mas estava muito atenta a meus gestos e expressão facial. Ao final ela comentou sobre seu particular gosto por desenhos e pintura em tela. (As falas a seguir não são literais.)

R: - Eu gosto de pintar. O que você está fazendo?

T: - Um mosaico. Quer me ajudar?

R: - Não.

Ambas ficamos em silêncio e R. continuava me observando.

R: - Eu gosto do azul. Gosto de cores discretas. Aliás, quase todas as minhas roupas são azuis, pretas e brancas. Odeio cor aberrante. Minha mãe é que gosta de cor assim, tipo roxo, vermelho...

Nesse momento, pega o lápis roxo e começa a completar o mosaico comigo. Decido manter-me em silêncio, sem apontar a cor escolhida por ela, pois senti que se o fizesse, ela poderia se retirar de nosso "encontro no papel" e, para mim, de certa maneira, era significativo esse encontro.

R: - Tiveram duas pinturas que eu fiz a óleo na escola.

T: - Telas?

R: - É. Mas minha professora odiou. Disse que aquilo não era coisa de menina. Era violento.

T:- O que você pintou?

R: - Uma estrela de Davi, sabe? Só que ela estava sangrando. Ficou "da hora".

Logo em seguida pergunta em tom de desafio (ou agressão?):

R: - Por que uma suicída precisa fazer terapia ocupacional?

T: - Eu acredito que você deva estar sofrendo por ter feito esta tentativa de suicídio. Já entendi algumas coisas, que você fica triste e tem vontade de morrer. Agora eu quero entender outras coisas. Quero entender o que você pode produzir.

Em alguns momentos sentia-me como que agredida por ela. É como se, de repente, um movimento ou fala dela se tornasse agressivo.

Em nosso 3º encontro, R. logo me entrega um caderno de

desenhos que costumava fazer em casa: escolheu um deles para fazer uma tela. Este desenho consistia em montanhas, um sol estilizado e muitos túmulos com cruces. No momento da reprodução do desenho para a tela, os túmulos foram excluídos. Parece comprometida enquanto desenha, e ficamos em silêncio. Ofereceu para que ficasse comigo seu caderno de desenhos.

Após reproduzir o desenho a mão livre para a tela (fig.II), R. pareceu ficar à espera de que eu a ajudasse na escolha das cores.

T: - Já sabe como vai pintar?

R: - Quero o céu escuro como o inferno, assim, obscuro.

De maneira um pouco desordenada R. foi misturando todas as cores em tentativas frustradas de chegar a um resultado que lhe agradasse. Observando a maneira como R. misturava a tinta e manipulava o pincel percebi que ela não conhecia muito a respeito da técnica. Porém contive a vontade de ajudá-la e apenas observei a solução que daria àquele problema, o que causou grande irritação em R. Sua tolerância à frustração era baixa, então jogou o pincel no chão e disse que não tinha a cor que queria. Eu expliquei que conseguiria produzir tal cor quando soubesse qual a cor desejada. Ela pareceu acalmar-se e eu a ajudo a descobrir qual é essa cor. A partir deste momento, a questão pedagógica, com o ensino da técnica, tomou grande espaço até a finalização desta atividade.

Em vários momentos, R. reclama da tinta usada (tinta acrílica).

R: - Você não respondeu a minha pergunta. Por que uma suicída faz terapia ocupacional?

T: - Eu respondi, sim. Você lembra do que eu falei?

R: - Você quer saber as coisas que eu posso fazer.

T: - É por isso que você está aqui.

Ficamos ambas em silêncio, enquanto ela pintava. Ao final do encontro, entregou-me uma cópia de um projeto de livro que escrevera e enviara a uma editora em 1996. Tratava-se de um história bastante trágica, onde se sobressaía uma questão de violência física, emocional e social praticamente insuportável para um ser humano. A história era contada na primeira pessoa. R. estava no aguardo de uma resposta sobre a publicação.

R. várias vezes mudou as cores de sua tela. A cada atendimento havia algo a ser retocado no que dizia respeito à cor escolhida. Por isso, só depois de muitos encontros ela pode finalizar a atividade. Em muitos de nossos encontros, havia a dependência por parte da paciente para que eu buscasse o material. Aos poucos

fui atribuindo esta função à R. com o objetivo de torná-la mais responsável pela sua produção.

Ao final do período de atendimento no Ambulatório de Crise, que durou dois meses, R. foi encaminhada ao meu consultório e de sua médica psiquiatra. Atendíamos na mesma sala, em horários diferentes. Acreditava que talvez pudesse ser algo pouco interessante fazer a psicoterapia e terapia ocupacional na mesma sala, porém não tínhamos outra alternativa. Antes de meus encontros com R., eu procurava mudar um pouco a disposição dos móveis, para que a sala ficasse mais espaçosa, confortável e incluía alguns objetos pessoais meus. Segundo Benetton citando Finlay: "Sempre é necessário que o ambiente permita o aprendizado de habilidades que buscam o sustento das emoções, além dos equipamentos materiais. Para tanto, manipula-se o ambiente de forma variada, selecionando estímulos visando maximizar o aprendizado e o funcionamento afetivo." Benetton define a sala de terapia ocupacional da seguinte maneira: "(...) um local que possibilite o desenvolvimento de múltiplas atividades. Esse espaço também sofre a influência de quem as coordena. Por fim, aquele que chega acabará por usar isso tudo a sua maneira e necessidade. Tudo isso diz de um ambiente preparado para receber alguém de passagem e que esperamos que daí possa levar muito."

R. também mudava sua postura nos dois atendimentos. Com sua médica, sentava-se de costas para a mesa. Já em nossos encontros sentava-se de frente para a mesa, como que pronta a utilizá-la. Sua relação comigo também pareceu ter mudado. Fazia-me perguntas pessoais: se eu tinha namorado, se poderíamos ir ao cinema, qual faculdade cursei... Ela via-me como terapeuta, modelo, amiga, confidente, mãe. Também parecia estar mais à vontade para mexer no armário dos materiais e tomar a iniciativa para a atividade. Identifiquei isso como positivo. Ela havia se apropriado daquele espaço e de mim. Durante a realização da atividade, ela estava mais independente.

Ainda não havia terminado a tela e esta parecia estar sendo levemente clareada, com a técnica que lhe ensinei.

Por vezes, o atendimento transcorria em grande silêncio, porém não era um silêncio perturbador. Apenas um silêncio. Por vezes, fazíamos algum comentário sobre a atividade de uma ou da outra e o silêncio retornava (era muito comum que eu fizesse uma atividade durante os atendimentos de R.).

Outras vezes, enquanto pintava, R. falava muito. Contava sobre sua família, seu desprazer em ir à escola, falava sobre os filmes de terror de que gostava e uma única vez falou a respeito de uma experiência sexual. Contou sobre uma situação que viveu quando tinha por volta de 7 anos, na qual uma amiga mais velha masturbava-se

enquanto tentava tocá-la. R. achou essa atitude da amiga, estranha e fugiu, sem contudo, ter entendido o que estava acontecendo. Explico a R. que tanto homens como mulheres podem masturbar-se. Mas ela diz que nunca experimentou, e que por enquanto, não quer saber "coisas" (sic), encerrando, assim, o assunto.

Durante esse período de atendimento no consultório, fui informada que R. estava muito agressiva nos atendimentos de psicoterapia, chegando a machucar a médica e a si mesma. Em nossos encontros, R. fazia saber quando não queria tocar em algum assunto ou quando percebia que seu limite estava chegando. Eram expressões faciais, olhares, mudanças na respiração, e mesmo maneira de manipular alguns materiais. Este era um de nossos "códigos secretos" de comunicação, ao qual Benetton faz referência em seu livro *Trilhas Associativas - Ampliando Recursos na Clínica da Psicose*. Nesse período conturbado de psicoterapia, eu via os atendimentos de terapia ocupacional como reparadores de algo muito sofrido que acontecia nos encontros de R. com sua médica. Algumas outras atividades foram realizadas exatamente após esses atendimentos em psicoterapia onde houve agressão física. R. preferiu outras atividades, ao invés de continuar a tela. Em nenhum desses momentos falei-me qualquer coisa a respeito destes episódios. Fica em silêncio. E eu respeitava. Em momentos difíceis com estes, eu procurava tornar o ambiente um pouco mais acolhedor e tomávamos chá juntas.

Em agosto terminou a tela. Olhou-a e disse que mais bonito dela era o sol (único espaço da tela que havíamos pintado juntas). Pendurou-a na parede de sua sala e disse que, depois de mostrar ao pai, ela lhe daria a tela de presente. Acredito que este trabalho foi muito importante tanto para R. como para mim, pois conta um pouco do início de nossos atendimentos e de nossa relação.

Poucas semanas depois sua mãe adoeceu e faleceu. Neste momento R. estava em fase de desligamento com sua médica, que a encaminhara a outra colega. Estive com R. no enterro da mãe. Lá, apresentou-me a uma amiga como sendo sua "futura ex-terapeuta" (sic). Neste momento, percebi que R. poderia ter concluído que o término de sua psicoterapia significaria também o término da TO. Procuo não me alongar no assunto, pois acreditava que não era momento para isso, mas assusturei-lhe que estava ali por ela e continuaria a cuidar dela.

Na semana seguinte, no primeiro atendimento após a morte da mãe, R. me pede para pegar lápis de cor e papel (fig. VI). Sentamo-nos no chão e ela propõe que desenhemos juntas. Dividi a folha e desenhemos em silêncio. Porém esse era um silêncio diferente. R. estava muito triste. Quando terminou, perguntou-me o que eu faria se ela me agredisse. Perguntei se ela tinha von-

tade de me agredir e ela respondeu que a agressão era um impulso sobre o qual ela não tinha controle, e também tinha medo que eu a abandonasse. Acreditei que seria importante renegociar nosso contrato terapêutico, pois estes organizam a relação paciente-terapeuta.

R. estava preservando nosso campo transferencial, pois mesmo quando era frustrada ou algo a incomodava, ela nunca havia feito menção de me agredir. Nossa relação era em três (terapeuta, paciente e atividade) e, de alguma maneira, eu entendia isso como continente desses assustadores impulsos de agressão. Segundo Legros: "A mediação de uma atividade pode tornar possível a relação, na medida em que ela lhe dá um sentido específico. Ela se inscreve no registro do concreto, dos objetos, do controlável, do dominável. Pela importância dada à atividade, pode-se evitar a confrontação direta de duas pessoas e pode-se orientar seus interesses, sobretudo para o que as possa unir. A mediação tem, então, a função de mediador no sentido de elemento intermediário necessário à resolução de um conflito; um tipo de tampão que se intercala numa relação onde a reprovação pode ser vivida de maneira muito comum."

R. iniciou pintura de uma nova tela, pois "foi sem dúvida o que eu mais gostei de fazer até agora" (sic). Escolheu uma das obras de Monet para reproduzir. A partir daí passei a trazer para R. um pouco das exposições que eu havia visitado e das possibilidades de conhecer obras em exposições que estavam na cidade. R. parecia entusiasmada em conhecer novas coisas e chegou a dizer-me que gostaria de visitar uma exposição de esculturas ou pinturas. Combinamos que iríamos juntas. O clima de festa em que estávamos combinando aquela visita terminou quando propus de nos encontrarmos num determinado ponto e irmos de ônibus até a exposição. R. nunca andara de ônibus sozinha, não saía mais de casa, tinha medo até de ir à esquina. Neste momento pensei que talvez R. não tivesse a medida das coisas (situações, sentimentos...) Parecia desproporcional, muitas vezes, a reação que ela apresentava diante de fatos ou vivências. A mesma pessoa que agredia descontroladamente e aparentemente sem motivo, era a que entrava em pânico ao ter que ir à padaria.

Naquele momento, R. não quis mais continuar com o planejamento do passeio. Porém a meu entender isto era algo que merecia investimento. Se para que ela pudesse sair de casa eu precisasse buscá-la na porta, eu o faria. Eu pensava que meu papel seria de "mediadora" entre ela e este mundo que a assustava. E medidora procurando dar a ela a proporção das coisas.

A pintura da tela continuava e eu procurei deixar que R. a pintasse sozinha enquanto eu, a seu lado, fazia uma outra atividade. Durante os atendimentos em que pintava esta tela, ela falou sobre sua infância

nos consultórios de psicólogas que diziam a seus pais que era super dotada; aprendeu a ler e escrever precocemente. Comentei sobre os filmes sobre crianças super dotadas e como era a vivência delas. R. disse que, na verdade, todos se enganaram, pois ela é burra e não "dá pra nada" (sic). Procurei encaminhar a conversa para uma tentativa de descoberta de gostos, desejos. Ela me disse que gostaria de tocar guitarra e contou que ganhou um violão após a tentativa de suicídio, mas nunca havia tocado nele. Comento sobre o meu gosto para tocar violão e proponho que traga o seu para tocarmos juntas.. Ela fica excitada com a proposta.

Nos atendimentos seguintes pude ensinar um pouco de técnica de violão para ela e quase conseguimos tocar uma música juntas. Sentávamos no chão e cantávamos com o violão como se estivéssemos num acampamento. Ao final de um destes atendimentos, R. despediu-se com um beijo - o que nunca havia acontecido.

Concluindo

Inicialmente, a grande dificuldade que encontrei com R. foi o sentimento de provocação em suas falas além do incômodo provocado pelas suas recusas quando atividades eram propostas. Neste caso, as supervisões e discussões com colegas foram muito importantes.

No início eu sentia que R. contava-me sobre as telas que pintou na escola e mesmo sobre o projeto de livro que me entregou como se quisesse me chocar. Por vezes, eu sentia algo de agressivo na maneira como contava algumas coisas suas ou como falava dessas produções. Mais tarde, principalmente quando mudamos de setting (saída do Ambulatório de Crise para o consultório), senti que as atividades estavam sendo utilizadas de outra maneira. Tanto por ela, como por mim. Eu já não usava mais este instrumento para provocá-la para um encontro. Já havíamos nos encontrado. Os três: terapeuta, paciente e atividade.

Ela escolhia determinadas atividades, por vezes, por curiosidade em mexer com determinado material ou aprender uma nova técnica, ou para destruir e construir algo novo organizando da maneira que bem entendesse... E tantos outros usos que fez dos materiais e atividades que ainda não pude perceber. A tensão entre nós diminuiu e quase chegou a desaparecer (principalmente quando sua psiquiatra a encaminhou para outro colega). Agora a sala onde atendo R. é só nossa. Seus atendimentos com a nova psiquiatra são apenas clínicos e acontecem em outro espaço físico. Acredito que essa mudança foi muito importante. No início, a terapia ocupacional estava num lugar de reparadora daquilo que acontecia na psicoterapia. Agora sinto que posso "arriscar" mais e seguir alguns caminhos que

até então não havia experimentado com R., como no caso do planejamento da visita à exposição e as "aulas" de violão nos atendimentos.

A intimidade que fomos construindo na relação triádica possibilitou que ela pudesse estar com a atividade de maneira intensa, quando ficava calada e muito compenetrada no que fazia. Outras vezes, nossa atividade era falar. Entendo que o equilíbrio entre os espaços silenciosos e calmos com sessões mais barulhentas depende do tipo de atividade que, por sua vez, depende muito da necessidade do paciente. E assim, o espaço da terapia ocupacional deixou de ser tenso, como era nos primeiros atendimentos, e passou a ser um lugar onde se pode fazer o que se tem vontade, da maneira que quiser; onde se pode desenhar sentada no chão tomando uma xícara de chá, pintar uma tela ou tocar violão. O espaço da terapia ocupacional tem sido um lugar também para descobrir gostos, aptidões e desejos. Não mencionei anteriormente, mas R. havia abandonado seus estudos em agosto de 1997 e pensa-

va em não mais voltar a estudar, pois não gostava escola e nem via sentido no estudo para seu futuro, pois não havia nada que a agradasse profissionalmente. Em março de 1998 R. retornou à escola e tem feito de algumas profissões que a interessam, como jornalismo e artes. Parece-me clara a ligação que existe entre sua opção pelas "Artes" e as "artes" que faz terapia ocupacional.

Referências Bibliográficas

- BENETTON, M.J. *A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental*. Tese (Doutorado) - UNICAMP, Campinas, UNICAMP, 1994.
- BENETTON, M.J. *Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- LEGROS, J.C. A propósito do papel de um ergoterapeuta e instituição psiquiátrica para adolescentes. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*. São Paulo: v.2, p.2 1997.

A Terapia Ocupacional Dinâmica: Intervenções e Instituições

AUTORAS:

ANA LUISA S. RODRIGUES e CLAUDIA DE LUCENA

Terapeutas Ocupacionais e Especializadas em Saúde Mental pelo C.E.T.O.

ENDEREÇO:

Rua Luiz Mazzarollo, 23. cep.:04024-040. São Paulo - SP – e-mail: . rodr@usp.br

RESUMO:

Este artigo tratará das intervenções em terapia ocupacional na interface com a estrutura e dinâmica de funcionamento das instituições, nas quais as autoras estão inseridas, com base no relato dos casos por elas assistidos.

PALAVRAS-CHAVES:

Terapia Ocupacional, Trilhas Associativas, Instituições.

Para pensarmos nas intervenções de terapia ocupacional em interação com as instituições, nos utilizaremos do conceito de "procedimento institucional", da forma como foi abordado por Solange Tedesco, pois ele nos fundamenta na compreensão do funcionamento institucional.

Existiram vários fatores presenciados pelas autoras nas instituições, onde encontravam-se inseridas, que influenciaram nos atendimentos, tais como: a sala de TO, questões ligadas a materiais/atividades e produtos de atividades, periodicidade dos atendimentos e atendimento terapêutico ocupacional x outros serviços oferecidos.

Caso 1 (L. C. V.)

Atendimento realizado com paciente alcoolista em enfermaria de Gastroenterologia sendo encaminhado para a terapia ocupacional devido ao seu reconhecimento feito pela equipe como rebelde ao tratamento.

Os atendimentos foram realizados no quarto do paciente devido ao fato da não existência de sala de terapia ocupacional.

No primeiro encontro, a conversa se inicia com a mãe e o paciente. É percebido a relação difícil entre os dois. A mãe o define como o único membro da família

doente e desocupado, e fala compulsivamente, da sua fraqueza e da sua falta de apetite. Ele por sua vez, fala de seu trabalho, que requer força e não covardia, ao mesmo tempo em que insiste no fato de enjoar de ficar sem fazer nada em casa. Aparentemente sua história vinha sendo contada por outros também.

A percepção do seu sotaque interiorano faz com que a terapeuta comece a conversar com o mesmo sobre infância no interior, abrindo assim espaço para a fala do paciente e bloqueando a fala compulsiva da mãe. Na medida em que os fatos da infância dele vão sendo contados para a terapeuta, esta também pode contar os seus. Mas ao fazê-lo, ela cria um personagem na maneira como conta. Esta maneira de contar, utilizando-se de alguns fatos de sua própria infância, era mais uma forma de oferecer uma sustentação ao diálogo, e servindo como mediação para criar uma certa empatia que abrisse espaço para novos encontros.

No segundo encontro, a mãe encontra-se presente novamente. A terapeuta vem com material para escrita/desenho e a proposta dele colocar no papel coisas que pudessem referir a fases/etapas de sua vida. Ele fez um desenho colorido com casinha, montanhas e um sol, forma como desenhava quando estava no primário, e refere sua infância livre e solta. Dois outros

desenhos, somente a lápis, referem-se a sua adolescência/juventude. Uma guitarra e a sua caricatura, de quando tinha um grupo de rock e era hippie, referindo-se a essa fase como mais livre e solta ainda. E um quarto desenho também a lápis uma lágrima que nomeia de choro, para referir-se a fase de adulto.

A terapeuta comenta sobre a não utilização dos lápis de cor nos seus três últimos desenhos e ele diz que porque a partir da adolescência/juventude tudo é mais cinza e não se sabe o que vai acontecer. Sobre a fase adulta diz que tudo acabou, é preto. Comenta que pulou a fase em que tudo era festa: jogava futebol, ia a praia e tinha mulheres. Além de ter pulado também o casamento. O atendimento termina com a proposta de uma nova atividade para o encontro seguinte.

Durante um dos atendimentos o paciente refere-se a sua própria história como a de um bêbado e a forma com que contou sua história foi identificada pela terapeuta como exteriorizada e impessoal, desprovida de afeto uma clássica história de um alcoolista qualquer. O paciente se utiliza de chavões para dar um tom de impessoalidade e não afetividade, apesar de desenhar a lágrima e nomeá-la de choro (o afeto que ela representa). Trata-se de um indivíduo que pode ser classificado como um problema social. No outro atendimento o comportamento do paciente ao narrar a sua infância era incompatível com o modo citado acima pois demonstrava afetividade na maneira com que contava, chegando até a rir de se mesmo. Ao comparar as maneiras com que ele contou a mesma história a terapeuta constatou uma incompatibilidade nas mesmas dando a sensação que eram duas histórias diferentes e de pessoas diferentes.

Encima do diagnóstico situacional feito, podendo apreender de vários elementos uma situação de vida, uma história fragmentada, a terapeuta proporia ao paciente que fizessem juntos uma associação entre os encontros/atividades como uma possibilidade de intervenção. Fato este que não ocorreu devido a sua alta não comunicada. Cabe aqui ressaltar que o fato da não existência da sala de terapia ocupacional levou a terapeuta a pressupor que alguma aproximação ao setting terapêutico dependia ou era determinado por sua maneira diferente de se apresentar e por sua posição de fazer atividades através de encontros e de um contrato terapêutico.

Caso 2 (M.)

Caso atendido em hospital-dia, inicialmente acompanhado por observação.

Durante esta observação constatou-se que o material utilizado com maior frequência por M. era giz de cera sobre canson, em desenhos de formas geométricas (espalhadas e/ou entrelaçadas), em que algumas vezes solicitava a participação de sua "estagiária-terapeuta" durante a realização da atividade. A posição de observadora era determinada também pela dificuldade do paciente em aceitar aproximações, que

poderiam ser sentidas como invasoras ou ameaçadoras, fazendo com que ele saísse do atendimento.

Cabe aqui ressaltar que durante todo o processo a terapeuta preocupou-se com este fato num constante movimento de avanço e recuo no decurso da terapia. Preocupou-se em oferecer novas experiências sem que isso causasse o recuo e/ou o afastamento de M.

A partir da saída da estagiária e da colocação da necessidade de um acompanhamento mais intenso, a terapeuta tenta se incluir na relação entre o paciente e suas atividades para transformar o que parecia um diáde em uma tríade. Este grupo de terapia ocupacional ocorre duas vezes na semana.

Durante várias sessões M. faz seus desenhos com o material que é pedido a terapeuta, e esta vai observar o processo, até que acrescenta um muito bonito aos seus desenhos. Em um certo momento M. pode pedir a sua ajuda para pintar as suas figuras. Inicialmente, as cores e figuras são definidas por ele, até que consegue deixar de escolher cores e figuras para pintar em seus desenhos.

Dados da história vão sendo colocados por ele acrescentando assim aos já obtidos com os outros profissionais. Isto faz a terapeuta acreditar que foi o começo do relato de sua história pessoal, e esta o começo de uma manifestação transferencial.

M. convida a terapeuta a escrever uma poesia. Isto ocorre após uma sessão em que comenta que um tio seu escreve artigos e poesias para publicá-los, e pergunta para a terapeuta se ela sabe escrever e esta lhe responde que nunca o fez mas que poderia tentar. Durante essa sessão ela escreve enquanto ele dita. Ele diz que ela é sua musa inspiradora o que vem a comprovar o aparecimento de uma manifestação transferencial.

Após várias sessões produzem diversas poesias, sob a sugestão da terapeuta, que posteriormente poderiam ser enviadas ao seu tio para publicação, onde ele diz sempre que a terapeuta é sua musa inspiradora. A terapeuta constata que durante este tempo esta atividade só era realizada com a sua presença.

M. chega a escolher uma poesia (diz ter feito para a terapeuta) que envia ao tio, e que é publicada num jornal que posteriormente ele traz. Neste dia M. diz que vai continuar escrevendo para futuramente lançar um livro.

Algumas interrupções ocorrem durante este processo, mas numa determinada sessão M. coloca que não vai participar do grupo de ocupacional porque iria ocorrer a reunião de família. Isto faz a terapeuta confirmar suas suspeitas de que a maioria das interrupções coincidem com o dia (ou a proximidade) em que ocorre esta reunião.

Na sessão seguinte M. retorna ao grupo e solicita o mesmo material de sempre. Já a terapeuta ao aceitar o convite para ajudá-lo a pintar, pergunta se pode se utilizar de canetinha. Ele aceita, gosta e diz que vai aplicar esta nova técnica, de modo que na sessão seguinte pas-

sa a usar canetinha em seus desenhos geométricos.

Durante uma certa atividade a terapeuta lembra que M. havia dito já ter pintado um quadro. Comenta sobre um quadro da sala ao qual M. responde com alguns comentários, voltando à sua atividade logo em seguida. Mas M. ao final da sessão diz que está pensando em fazer um quadro para dar ao seu tio.

Atente-se aqui para o fato de que as atividades vão sendo sutilmente modificadas ou mesmo sugeridas, sem que isto signifique invasão para ele.

M. pesquisa e chega a escolher um desenho para o quadro, mas continua fazendo seus desenhos em canson porque diz estar ainda se preparando para fazer este quadro.

Numa determinada sessão M. está diferente (e desta vez não é porque iria haver reunião de família como a terapeuta pensava) e a terapeuta resolve recuar. Durante o mês M. não toca no assunto do quadro e quase não conversa.

Um dia a terapeuta lembra que faltavam duas semanas para a apresentação da peça na qual M. faz parte. Na sessão seguinte M. diz não querer fazer nada porque está se concentrando para o espetáculo. No mês seguinte a terapeuta retorna com o assunto e finalmente M. já está preparado para fazê-lo.

A terapeuta traz a tela e as tintas a óleo. M. pergunta se ela se lembra do desenho escolhido e com a resposta afirmativa, pede para pegá-lo em sua pasta.

Durante três meses ficaram fazendo o quadro que então resolveu destiná-lo à sua tia que é freira (a terapeuta depois percebe que isto pode ter relação com o desenho escolhido, pois lembrava um cálice com discreto símbolo de igreja).

Ao concluir o quadro, M. o assina - pela primeira vez faz isto em uma de suas atividades - e pede para a terapeuta que o faça também. Desta forma, ao decidir à quem dar o quadro e ao assiná-lo, M. passa a demonstrar sentido no que faz, pois a partir deste momento a relação (triádica) torna-se significativa para ele.

M. resolve então fazer um quadro para seu tio, mas durante o mês, se afasta de quase todas as atividades pois ocorre nova apresentação de teatro.

*No mês seguinte M. quer fazer o quadro que prometeu ao tio. Procura o desenho e não o acha. Por não se lembrar, M. sai da sala para pensar e retorna. Faz então várias formas geométricas para explicar o desenho perdido e a terapeuta percebe que o que M. queria desenhar já estava desenhado. M. diz então estar inspirado, e que irá fazer dois quadros. Ao perguntar se um dos quadros iria ficar para ele, diz que poderia ser seu, pois tem um outro quadro em sua casa, feito a um tempo atrás.

Durante pouco mais de um mês M. volta a não permitir aproximações (nem mesmo que se permaneça ao lado). Por vezes entra no grupo, pede papel e caneta, senta-se distante dos outros, faz suas formas geométricas, e sai do grupo. Encontra-se num estado paranoico, onde tudo lhe invade, que a terapeuta credi-

ta poder ser compreendido na medida em que se percebe que todas as interrupções se dão em momentos de maior exposição de M. Considera-se estar caminhando por trilhas associativas, pois embora não tenha sido possível executar todas as etapas que compõem esta técnica, manteve-se como objetivo terapêutico o espaço para associações. Atualmente a terapeuta consegue inclusive ter outro olhar para com as formas abstratas, que agora consegue ver.

Conclusão

Para as autoras não foi possível chegar a constituição completa das trilhas associativas mas trilhou-se alguns caminhos junto aos pacientes que permitiram iniciar o desenvolvimento do processo terapêutico em terapia ocupacional dinâmica nos quais podemos identificar elementos fundamentais dessa perspectiva teórico-técnica chegando a alcançar alguns de seus objetivos

No caso 1 podemos tomar contato com um tipo de procedimento institucional, a alta não comunicada, dada pelo profissional médico, como uma forma de finalização de um procedimento clínico (técnico específico). Esse procedimento institucional acabou interferindo na realização de um processo terapêutico, impedindo a continuidade dos atendimentos em terapia ocupacional. Ao mesmo tempo pudemos demonstrar a possibilidade do surgimento de um diagnóstico situacional, da formação da tríade e da proposição de associação entre atividades/encontros.

No caso 2, verificou-se a possibilidade das manifestações transferenciais durante o processo terapêutico, do surgimento do código secreto, da proposição de associação de atividades.

Constatou-se neste trabalho a possibilidade da realização de um processo terapêutico no cotidiano das instituições, enfatizando-os, para que sirvam de referência como procedimento em terapia ocupacional.

Referências Bibliográficas

- Benetton, M.J.: A Crise na Terapia Ocupacional ou a Terapia Ocupacional na Crise. IN "Boletim de Psiquiatria", EPM, São Paulo, 1995, vol.28 n.º 2.
- ___: A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental. Tese de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, UNICAMP, Campinas, 1994.
- ___: Trilhas Associativas - Ampliando Recursos na Clínica das Psicoses. São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- Tedesco, S.: Terapia Ocupacional: Produzindo uma Clínica de Atenção às Dependências. IN "Revista do CETO", CETO, São Paulo, 1997, vol. 2 n.º 2
- Villares, C.: Construindo Forma e Sentimentos: Um Caminho Terapêutico. IN "Revista

Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: Relato de Uma Relação Possível

AUTORA:
Vana Bock

Terapeuta ocupacional, especializada em Saúde Mental pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) e especializanda do CETO.

ENDEREÇO:
Rua Arataca, 165 - 04645 - 070 - São Paulo-SP

RESUMO:

O artigo traz o relato de um atendimento clínico de terapia ocupacional à um paciente psicótico grave, desenvolvido numa instituição pública, o NAPS de Santos. A partir dessa experiência, a autora levanta a discussão da possível relação entre a especificidade da Terapia Ocupacional e os programas de Reabilitação Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVES:

Terapia Ocupacional - Processo Terapêutico - Reabilitação Psicossocial

I — Introdução

Falar sobre uma intervenção clínica específica de terapia ocupacional desenvolvida dentro de uma instituição que se baseia nos pressupostos teóricos e nas práticas da Reabilitação Psicossocial pode parecer, à maioria dos leitores, uma associação paradoxal ou até mesmo impossível. Porém, passar pela experiência clínica de atender "J.", usuário do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS II) de Santos, mostrou-me que essa associação não só é possível como também me fez pensar que a especificidade da Terapia Ocupacional pode dar grandes contribuições aos programas de Reabilitação Psicossocial, ao se utilizar de técnicas próprias que visem a inserção social possível para cada indivíduo.

Contarei brevemente o caminho de minha formação profissional, o que talvez me autorize a escrever o relato clínico que se segue. A Reabilitação Psicossocial me foi "apresentada" quando ainda estava na graduação; na época, ela era para mim sinônimo de duas importantes experiências: a da reforma psiquiátrica de Trieste (Itália) e a de Santos. Segundo Ana Pitta, "no

seu sentido instrumental a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de Saúde Mental". "Implica numa ética de solidariedade que facilite o sujeito com limitações para os afazeres cotidianos, para o aumento de contratualidades afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade" (PITTA, 1996). Para mim, a Reabilitação Psicossocial representa a possibilidade concreta de transformação do sistema de atenção às pessoas com sofrimento psíquico: a desconstrução do modelo asilar-manicomial e a criação de serviços abertos e territoriais. Não vejo possibilidade alguma de inserir socialmente um indivíduo trabalhando em instituições fechadas, nas quais os muros representam concretamente a ruptura com os laços familiares, com as trocas sociais, culturais, afetivas, enfim, com qualquer resquício de vida anterior à doença ou à crise. Decidi que nunca trabalharia numa instituição de modelo asilar.

Mais adiante, quando iniciei meus estágios e me aproximei do que é "vir a ser t.o. de fato", deparei-me com muitas inquietações em relação à minha identidade profissional, talvez em função da insegurança na prática clínica. Dei início à uma busca que se segue até hoje: a da especificidade da Terapia Ocupacional, o desenvolvimento de novas técnicas e significados às nossas práticas clínicas. Tentando preencher tal lacuna da minha formação, especializei-me em Saúde Mental na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) e sou atualmente aluna do curso de especialização do CETO.

O relato do caso que irei apresentar é resultado de uma proposta sugerida numa das disciplinas do curso do CETO (T.O.-Trilhas, sob a responsabilidade da terapeuta ocupacional Solange Tedesco), segundo a qual cada aluna deveria, ao término do curso, apresentar uma trilha associativa (procedimento técnico de intervenção de terapia ocupacional criado por Jô Benetton) realizada junto a algum paciente. O trabalho que aqui apresento não vem cumprir com a proposta em sua globalidade, na medida que o desenrolar do processo terapêutico escolhido não chegou à fase da "compilação das atividades" e foi, de alguma forma interrompido, devido o meu pedido de afastamento da instituição. Ainda assim, dos casos que tenho atendido, o "caso J." é o que mais me mobilizou a pensar na possibilidade de aplicação das trilhas associativas, o que inclusive me causou certo arrependimento de não ter proposto a compilação das atividades antes da minha saída; sei, porém que de alguma forma o processo foi finalizado. Já que as trilhas associativas não se restringem à compilação das atividades mas à tudo o que foi feito, compartilhado e comunicado anteriormente durante o processo terapêutico, aqui apresento o "caso J."

II — Situando

Conheci Jaciro no mês seguinte ao que comecei a trabalhar no NAPS II, em setembro de 1996. O NAPS é uma instituição que faz parte do Projeto de Saúde Mental da Prefeitura de Santos, que vêm criando, desde 1989, uma rede de serviços territoriais substitutivos ao antigo modelo asilar que havia na cidade até então. Antes de conhecê-lo pessoalmente, fui criando uma forte imagem interna dele através dos comentários que ouvia à seu respeito nas reuniões de equipe: "J. é certamente um dos casos mais graves do Naps", "...é um esquizofrênico "de livro", "você não pode imaginar como ele era antes, no Naps antigo...", "... esse é psicótico mesmo, precisamos dar mais atenção à esse tipo de usuário e não aos psicopatas que rondam a instituição", "Ele precisaria de uma mini-equipe para atendê-lo...", "...não me disponho a atendê-lo, ele não se vincula à mim...já fui até agredida por ele", "Quem se disporia a entrar no caso?". Foi então que resolvi entrar nessa história... gosto do inusitado e de desafios. Atuaria junto à uma equipe formada por uma

psiquiatra, uma psicóloga e duas auxiliares de enfermagem.

Os primeiros contatos com J. vieram a confirmar sua gravidade e muito me mobilizou a intensidade de seu sofrimento psíquico. Jovem, aproximadamente 30 anos, magérrimo, pálido, um olhar triste e distante, a pele dos polegares em "carne viva" devido aos seus maneirismos, descuidado, muito educado no contato, parecia que nada poderia mobilizar positivamente sua libido, seus desejos e a vontade de viver.

Através da leitura do prontuário, da conversa com os profissionais que já o atendiam, com o próprio J. e com sua mãe, fui conhecendo sua história. Nascido em Curitiba, Jaciro teve uma infância normal, apesar de sempre ter sido muito tímido. Na adolescência, sofreu um acidente que lhe fez perder a visão de um dos olhos, além da alteração estética. Segundo a mãe, esse fato o marcou profundamente, tornando-o "mais retraído e complexado". Outro triste fato, provavelmente um dos fortes fatores desencadeantes do enlouquecimento de J. foi a morte súbita e repentina do pai e, o mais agravante, a ação da mãe "boa-demais", que negou durante meses a morte do pai ao filho, dando justificativas de sua ausência que obviamente, no íntimo, não convenciam. Tais assuntos ficam escondidos sob o peso do silêncio. J. nunca comentou sobre isso.

Após se mudarem para Santos, J., que tinha estudado até o curso ginásial, passou a trabalhar como tapeceiro, consertando móveis. Seguiram-se então sucessivas crises e internações na Casa de Saúde Anchieta. Após a intervenção nesse hospital psiquiátrico, J. passou a se tratar no Naps.

Suas crises eram fervorosas, chegando a agredir fisicamente a mãe e ameaçá-la de morte. Abominava ficar em hospitalidade integral no Naps e suas fugas eram incontáveis. Seu comportamento mobilizou empaticamente a equipe e até hoje as pessoas comentam a agonia que sentiam ao vê-lo em catatonia horas seguidas, pendurado na grade de um portão, ou então em seus infinitos "rituais corporais", que criavam uma redoma imaginária que impedia que as pessoas se aproximassem. Alguns profissionais da equipe se envolveram de tal forma na intervenção terapêutica, que chegaram a dormir na casa de J., para evitar que ficasse internado, respeitando essa sua vontade e aliviando o medo e tensão da mãe.

Hoje sua psicose se expressa de forma diversa: nos últimos dois anos, mantém um delírio paranóide crônico, não mais agride fisicamente a mãe, não apresenta catatonia e suas estereotípias e maneirismos diminuíram bastante. Toma uma imensa quantidade de medicações, entre neurolépticos, ansiolíticos e antidepressivos. Devido à sua história de esconder comprimidos embaixo da língua e não ingerí-los, sua mãe os esmaga e dilui, formando um caldo azul-esverdeado amargo, que mais parece veneno. Na época em que comecei a tratá-lo, os principais focos problemáticos

eram a não-aceitação da medicação e da alimentação. Mas o que predomina constantemente em sua vida é a questão do seu isolamento e a precariedade da sua inserção social...e sua tristeza, e seu vazio, e sua falta de tonalidades afetivas e de uma razão para a própria existência...

III — O Processo Terapêutico: Trilhando Caminhos, Construindo Histórias...

Descrever o percurso que eu e J. tivemos juntos é um grande desafio. Gostaria de acreditar que a transformação de vivências e sentimentos em palavras fosse tarefa apenas para os poetas. Sei, no entanto, que é tarefa também para os "aprendizes" da clínica da T.O...É uma pena que as atividades de J. não sejam apresentadas junto à esse trabalho, pois elas diriam muito. Mas enfim, mãos à obra!

Atendí J. de outubro de 1996 à setembro de 1997. Quase um ano de trabalho. Meu primeiro contato com ele foi numa visita domiciliar, na qual fui apresentada pela psicóloga. Impressionou-me o vazio e frieza do apartamento, a impessoalidade do quarto de J. (que era também a sala), a ausência de qualquer objeto alegre e decorativo. A única coisa que havia pendurada na parede era um quadro com uma frase extremamente negativista e pessimista... Fiquei pensando como seria acordar todos os dias e se defrontar com aquele quadro. O aposento de J. é escuro, não há janelas pois há uma divisória que transforma a outra metade da sala em quarto, que é alugado para um senhor, a fim de aliviar as dificuldades financeiras. Ele fica com as janelas... J. tem passado grande parte de seu cotidiano nesse ambiente. Mal sabia eu que aquele espaço seria, mais tarde, o nosso "setting terapêutico".

Nos dois primeiros meses de atendimento à J., eu questionava se ele me aceitaria como terapeuta e se conseguiríamos construir uma aliança ou relacionamento terapêutico. Apesar de sempre muito educado, J. estava sempre muito distante e todas as propostas que eu fazia pareciam ter um peso insuportavelmente grande para ele. Nenhuma atividade parecia lhe proporcionar qualquer tipo de prazer e mesmo a minha presença parecia-lhe dispensável. Contratransferencialmente, eu vivia a ambivalência da frustração e da vontade de ajudar.

J. estava recusando a medicação em casa, o que sempre gera tensão na mãe e equipe, temendo que ele entre novamente em crise. Propusemos então que ele fizesse Hospital-Dia no Naps pois assim garantiríamos que tomasse a medicação e quem sabe conseguiríamos inseri-lo em alguma oficina terapêutica: grupo de argila (coordenado pela psiquiatra que o atende, sendo que ele já havia frequentado), grupo de expressão artística, grupo lúdico ou grupo de cinema. Mera ilusão: durante dois meses J. foi com certa regularidade ao Naps, tomava a medicação, porém não aderiu

aos grupos. Ao contrário, ficava horas, fizesse frio ou calor, sentado na entrada do Naps, encolhido e cabibaixo, próximo à um canteiro de plantas. Todas as tentativas de oferecer alternativas para tirá-lo dali eram inúteis. Para J., ali talvez fosse o espaço mais acolhedor do Naps. Percebendo isso, resolvi ir até ele, inserindo-me naquele espaço, o "cantinho do J".

Importante ressaltar que a ideologia de trabalho no Naps, a reabilitação psicossocial, não prioriza a especificidade profissional e, assim sendo, não há sala de terapia ocupacional na instituição. Disponha apenas de um armário com alguns materiais que ficavam na única sala mais ampla e agradável mas que, infelizmente, é também passagem para o posto de enfermagem, onde há grande movimentação. A sala não propicia nenhuma privacidade. Bem, passei a atender J. no local em que elegeu como o mais "seguro e agradável do Naps". Passei então a reservar sempre dois horários da semana para atendê-lo. Nesse período, muito significativas foram as atividades de leitura conjunta que realizamos, que propiciou uma dinâmica própria e singular. J. pediu que eu trouxesse livros de história, biologia e de contos, assuntos pelos quais ele se interessava. Algumas vezes líamos em silêncio, outras vezes em voz alta até que, espontaneamente, chegamos à um jeito muito particular de realizarmos tal atividade: um de nós começava a ler o texto em voz alta, enquanto o outro seguia com os olhos; subitamente, sem avisar, o que estava calado começava a ler em voz alta, geralmente no meio de uma frase e o outro cedia, silenciando-se mas continuando a leitura com os olhos. Vejo essa dinâmica como um marco na possibilidade de continuarmos caminhando juntos, ora invadindo o momento do outro para que algo mudasse, ora sendo invadido, ora cedendo-se ao desejo do outro, ora "ditando as regras do jogo"...Essa dinâmica de leitura se repetiu muitas vezes, o que foi abrindo a possibilidade de resgatar o prazer do jogo e do lúdico em Jaciro e instaurando certa cumplicidade na nossa relação. Talvez o início de um código secreto.

Na medida que a questão da medicação foi sendo trabalhada com J, ele concordou em voltar a tomar a medicação corretamente se ela se reduzisse 'a duas vezes ao dia. Fizemos então novo contrato terapêutico, no qual Jaciro se comprometeria a vir ao Naps para as consultas médicas, atendimentos comigo e grupo de expressão artística. Ele só cumpriu com o contrato medicamentoso. Passou-se um mês no qual fizemos algumas visitas domiciliares. Não estivemos tão próximos, mas penso que isso tinha certo sentido na nossa cumplicidade: ele havia permitido que eu entrasse no seu espaço de outrora e agora era a minha vez de ceder um pouco. Hoje percebo que eu ficava para J., em alguns momentos, como Bourdin dizia, "como um presença no horizonte".

Durante as visitas domiciliares, percebemos que J. sempre temia o fato de estarmos indo ali para interná-lo; esforçava-se para mostrar-se bem, para que isso não

ocorresse. Incomodava-me, porém, que o "estar-bem" de J. resumia-se a não estar com sintomas muito produtivos, aceitar a medicação e alimentar-se corretamente. Parecia já estar instaurada na história de J. a dificuldade de obter algum avanço além desses.

Conversamos entre a mini-equipe e decidimos investir no caso de forma mais intensa e com novas propostas. Como novamente ele estava com inapetência e ameaçando de parar a medicação, optamos por atendê-lo domiciliarmente três vezes por semana ao invés de propor-lhe H.D. ou internação. Queríamos propiciar à J. vivências que transcendessem a questão de sua doença, sustentadas por vínculos estáveis e confiáveis. Eu, a psicóloga e as auxiliares de enfermagem o atenderíamos uma vez por semana cada uma; as consultas médicas continuariam a serem realizadas no Naps. J. concordou com o contrato mas no início sempre nos recebia com certa culpa "por estar dando tanto trabalho à nós" (sic) e ainda desconfiando de nossas intenções. Aos poucos, durante o processo terapêutico, isso foi sendo transformado. Esse contrato terapêutico perdura até hoje, mesmo com a minha saída da mini-equipe.

Foi portanto em janeiro de 1997 que comecei a atender J. semanalmente, à domicílio. Seria a primeira vez que viveria com J. a constância de um setting e sabia que não seria fácil lidar com as invasões de sua mãe (tipicamente simbiótica), a dificuldade de acesso aos materiais e o ambiente não agradável. Sabia que comprometer-se a ir semanalmente à sua casa demandaria muita disponibilidade e energia de minha parte até por questões bastante concretas como lococmover-se de ônibus à sua casa, pois nem sempre a condução do Naps estaria disponível. Sabia também que o trabalho no Naps, com todo seu dinamismo, emergências e até certa confusão, tem a tendência a invadir a realização de contratos mais constantes e preservados. Mas quanto a isso, creio ter sido vencedora.

Conforme o fomos atendendo, sentimos o quanto era difícil e o tanto que havia de resistência de nós mesmas para enfrentarmos o "mundo que J. vive", da frieza do seu espaço físico ao esvaziamento de seu ser. Quantas vezes não me percebi contratransferencialmente com uma sensação agonizante de repetição e estagnação, durante o trajeto para sua casa...

Enquanto a psicóloga tinha um objetivo mais voltado a utilizar os equipamentos sociais que a comunidade oferece como palco da intervenção terapêutica, preferi "remar contra a maré": o meu setting terapêutico seria sim a casa de J., com sua escuridão e seu vazio. Tinha a expectativa de trabalhar com a concretude daquela realidade externa e com o desconhecido mundo interno de J. Explicitizei o meu contrato específico: estaríamos ali para fazermos alguma atividade juntos.

Para a nossa surpresa, conseguimos engrenar em uma série de produções. Neste trabalho, citarei algumas delas, as que considero mais significativas e as transformações ocorridas durante o processo. Vale a

pena ressaltar que esse é o meu "olhar" sobre o processo; certamente se houvesse sido feita a compilação das atividades com J., teríamos um outro relato da mesma história.

As primeiras atividades que realizamos em sua casa foram as de culinária. J. estava numa daquelas fases de não se alimentar de forma alguma e obviamente, com a quantidade de remédios que tomava e sem nada no estômago, passava muito mal. Comecei a pesquisar com ele quais eram suas comidas prediletas e fizemos uma lista. Nas semanas seguintes fizemos algumas "guloseimas" (bolo de chocolate, de cenoura, brigadeiro), que foram "devorados" com muito prazer. Eram as primeiras experiências de Jaciro como "cozinheiro", o que lhe propiciou a perceber que havia muitas coisas boas na vida que ele poderia vir a fazer. Paralelamente à isso, sua mãe passou a dar mais atenção aos pratos que seu filho gostava, e sua aceitação da alimentação foi melhorando. Numa das sessões de culinária Jaciro comentou que às vezes não comia para que restasse mais alimentos aos que tem fome e não tem o que comer... Perguntei à ele o que ele achava de eu parar de trabalhar para que os desempregados passassem a ter empregos. Ele sorriu com uma expressão de quem havia entendido a mensagem. Seus sintomas de inapetência foram diminuindo ao longo do processo terapêutico.

Durante o processo, novos personagens foram entrando na história. J. expressou o desejo de oferecer um lanche na casa dele à Marco, um usuário do Naps que J. conhece desde suas internações no Anchieta. Marco é um psicótico gravíssimo, com quadro delirante crônico, mas é um ser humano muito emotivo, que desperta muito carinho nas pessoas. É morador do Naps, pois sua família não o aceita, o que mobiliza demais J.. Há entre os dois uma bonita e singular relação de amizade. Na semana seguinte, levo Marco comigo e esse encontro à três e às vezes à quatro (pois a mãe de J. também gosta muito dele), inaugura uma nova fase do processo terapêutico. Marco adora desenhar, especialmente rostos humanos, e ambos entram numa fase de várias produções. Disso foi surgindo uma dinâmica bastante interessante. Marco participa do grupo de expressão artística e estava muito envolvido na realização de desenhos e moldes vazados que depois seriam pintados no muro externo do Naps. Empolgado, Marco conta isso à J. e então sugiro que J. também faça alguns desenhos para o muro. Para minha surpresa, Jaciro passa a fazer algo que nenhum outro usuário tinha paciência e mesmo habilidade para fazer: recorta os desenhos em papel cartão ou com o estilete. Realizava essa atividade com tamanha concentração e prazer e parece ficar muito satisfeito em participar das produções de seu amigo, recortando cuidadosamente seus desenhos. Dentre eles, o mais significativo para ambos foi um rosto de Jesus. Muitas das produções da dupla estão no muro do Naps até hoje. Creio que essa foi uma importante forma de contribuir e participar de forma alegre e espontânea de

uma atividade no Naps.

Na sua relação comigo e com Marco foi muito interessante notar as mudanças de comportamento de J.: o seu embotamento foi dando lugar à expressão de muita afetividade. Tinha uma solidária atitude de "cuidador" do Marco, sempre acolhendo suas necessidades, do lanche e do cigarro à algum curativo que precisasse ser feito. Os dois passaram a se encontrar por iniciativa própria, sem a minha intermediação, o que considero de grande avanço para ambos.

Eu, sua mãe e minhas colegas de equipe fomos nos surpreendendo com o Jaciro que íamos conhecendo: um ser humano sensível, afetivo, que mesmo não deixando de ser psicótico, passava a ter uma atitude mais ativa na vida.

Mudanças na realidade externa e no setting teraêutico também foram ocorrendo: organizamos suas roupas e objetos pessoais de modo que ele pudesse ter mais autonomia para usufruir de seus pertences, já que a mãe o boicotava constantemente nesse aspecto. Um dia notei que o quadro com a frase pessimista havia sumido da parede e então propus que J. pintasse uma tela para seu "quarto-sala". A realização dessa atividade coincidiu com a fase em que J. e sua mãe mudaram de apartamento: um local no mesmo prédio, maior e mais arejado, com uma bela vista da Serra do Mar da área de serviço... J. foi muito ativo na mudança, com iniciativa de ajuda e expressão de opiniões. Agora ele poderia optar em ficar no mesmo quarto com a mãe ou ficar com a sala, só que desta vez com as janelas. J. optou pela sala-quarto, onde poderia ter mais privacidade e "novos ares" para respirar, o que achei muito saudável.

Durante alguns meses J. pintou uma linda tela, uma composição de montanhas ao pôr do sol, que obteve o reconhecimento de todos e principalmente dele consigo próprio. Foi ele mesmo que quis escolher a moldura, preocupando-se de combiná-la com os móveis de sua "sala-quarto". "Tem que ter um friso dourado para combinar com o sol"—ele dizia à dona da loja. Alguns atendimentos antes de minha saída fomos buscar a tela na loja. Marco nos acompanhou e ajudou a pendurá-la na parede. "É m-a-r-a-v-i-l-h-o—s-a, J.!!!", ele exclamou. Atrás da tela, J. havia escrito uma declaração de agradecimento e amor à mãe. Pediu também que eu escrevesse algumas palavras minhas, "já que você não quis assinar o seu nome no quadro, ao lado do meu... por que você sabe, Vana, o quadro é nosso!".

No olhar, a cumplicidade e o sorriso interno de que sabíamos que havíamos compartilhado uma mesma história, repleta de cores e transformações... tudo o que parecia não existir no J. que havia conhecido à um ano atrás, naquela reunião de equipe...

IV — Concluindo

Dos vários casos que atendí no NAPS, o caso "J" foi o que mais me gratificou profissionalmente e o que mais me aproximou da minha identidade de terapeuta ocupacional, mesmo fazendo parte de um modelo de tratamento no qual as especificidades profissionais não são prioritárias.

Para Ana Pitta, viabilizar a Reabilitação Psicossocial não é tratar de técnicas específicas para populações específicas. "Reabilitação Psicossocial 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)

Não tenho dúvidas de que o atendimento oferecido à J. foi complexo, delicado e eficaz. O processo terapêutico se desenvolveu numa estrutura institucional facilitadora, que nos permitiu:

- realizar inúmeros atendimentos domiciliares
- ter a retaguarda da equipe e da instituição 24 horas por dia, sete dias da semana, em casos de intercorrência ou emergências
- realizar trabalho em mini-equipe interdisciplinar, com constantes trocas e reflexões entre os profissionais, determinando novos direcionamentos ao tratamento.

Acredito portanto, que as instituições que se baseiam na Reabilitação Psicossocial muito se beneficiam com a intervenção clínica da Terapia Ocupacional, que por sua vez poderia aproveitar melhor os recursos materiais e humanos da Reabilitação Psicossocial para o desenvolvimento de suas práticas.

Concordo com Jô Benetton quando ela diz:

"Creio que em todos os lugares onde a Terapia Ocupacional é respeitada, ela poderá em cordial interdisciplinaridade, cumprir os propósitos da Reabilitação Psicossocial". (BENETTON, 1996).

E arriscando-me, respondo afirmativamente à questão que a autora propõe em seu artigo:

"Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível?"

Referências Bibliográficas

- BENETTON, J. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.4/7, p.52-58, 1996.
- PITTA, A.M.F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, São Paulo: Hucitec, 1996