

Editorial

Jô Benetton iniciou, em 1972, com supervisões de casos clínicos, um ciclo de estudos em Terapia Ocupacional, que, fechado, gerou o C.E.T.O. Sabemos hoje que o que pode também parecer um ciclo fechado numa teoria da técnica, fundada na clínica da terapia ocupacional, é na verdade um conjunto de trilhas direcionadas ao social. Um social desencadeado pelo C.E.T.O. As trilhas da clínica, núcleo central do conhecimento da Terapia Ocupacional, se expandem à formação especializada, à pesquisa e ao próprio C.E.T.O., nos incluem e se ampliam nesses quase 30 anos.

Este número comemorativo dos 20 anos da formalização do C.E.T.O. traz como abertura Benetton, Goubert, Campos e Vogel nos contando a história dos 40 anos de nossa profissão no Brasil. Pibarot, nossa convidada, apresenta as aproximações teórico-técnicas na França e no Brasil.

Em análise crítica, Benetton e Goubert comprovam com seu artigo essa aproximação em que similitudes e diferenças contam de uma evolução da Terapia Ocupacional.

As nossas formandas Isidoro, Sousa e Jorge, mantendo-se fiéis à clínica, evoluem a teoria da técnica com seus próprios pensamentos e reflexões. Desrosiers e Saint-Jean, também convidadas, do Canadá, conceitualizam a função terapêutica das atividades na clínica das psicoses.

Completando esta edição, iniciamos um ainda embrionário projeto de construção de artigos didáticos, acessando a teoria da técnica das trilhas associativas. Insistimos nesse aprofundamento, procurando consolidar a direção do conhecimento nos nossos também 20 anos.

A todos, o nosso brinde ao futuro, pois história não nos falta.

*Solange Tedesco
Sonia Ferrari*

Revista do C.E.T.O.

Ano 5 - Nº 5
Setembro de 2000

C.E.T.O.

Centro de Estudos
de Terapia Ocupacional

Diretora

Sonia Ferrari

Coordenadora Técnica

Solange Tedesco

Editora

Jô Benetton

Conselho Editorial

Solange Tedesco

Sonia Ferrari

Viviane Maximino

Luiz Gonzaga Pereira Leal

Lilian Magalhães

Cecília Cruz Villares

Editoração eletrônica

Iara M. Espósito

Responsabilidade Editorial

Novo Século Assessoria Gráfica e de Produção
S/CLTDA.

A Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional - C.E.T.O., é uma publicação anual que prioriza o estudo, a pesquisa e o debate a partir da prática clínica. Os artigos publicados na revista do C.E.T.O. são de responsabilidade dos autores que assinam e não expressam, necessariamente, a opinião da revista. Correspondências para C.E.T.O. - 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 C.E.T.O. - 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, São Paulo, SP. Preço do exemplar: R\$ 10,00. Telefone/Fax: (11) 813-2131 e 813-2426.

Impressão: Centrográfica Editora & Gráfica Ltda.

Tel.: (11) 3726-4343

email: centrografica@centrografica.com.br

Sumário

<i>Terapia Ocupacional - 40 anos</i>	3
Jô Benetton, Jean-Pierre Goubert, André Campos e Beatriz Vogel	
<i>Não digam para minha mãe que faço atividades, ela pensa que trabalho</i>	6
Isabelle Pibarot	
<i>Fazemos atividades: produção intelectual e valor heurístico em Terapia Ocupacional</i>	11
Jô Benetton e Jean-Pierre Goubert	
<i>Redimensionando atividades</i>	16
Ana Lúcia Coêlho Isidoro	
<i>Falha no projeto: atividades reconstrutoras num grupo de terapia ocupacional</i>	22
Cristina Pinheiro de Sousa e Regina Célia de Brito Jorge	
<i>A atividade na terapia do adulto psicótico; um meio em busca de sentido</i>	25
Lyne Desrosiers e Micheline Saint-Jean	
<i>Acesso à teoria da técnica trilhas associativas</i>	32
Solange Tedesco e Sonia M. L. Ferrari	

Terapia Ocupacional

- 40 anos -

Ano de 1951. A ONU procura local para implantação de programa de Reabilitação na América Latina. Elegeu no Brasil o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, como candidato possível para a instalação de um Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), referência para a América Latina. Esse instituto poderia se desenvolver a partir do recém-criado Instituto de Reabilitação (IR), anexo à Clínica Ortopédica e Traumatológica.

Quatro anos depois, a confirmação da escolha da FMUSP veio em conjunto com a proposta de ampliação tanto do serviço, como das instalações do IR. Nesse projeto de ampliação estava incluída a criação de cursos para profissionais de Reabilitação.

Neyde Hauck, terapeuta ocupacional com formação nos Estados Unidos, financiada pela OMS, estrutura o curso técnico de Terapia Ocupacional do IR em 1957, mesmo espaço e tempo da aprovação, pela Faculdade de Medicina, do regulamento de dois cursos técnicos, o de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. Tinham a duração de dois anos e a primeira turma constituída por quatro terapeutas ocupacionais se formou em 1959. Esse regulamento foi aprovado pela USP em 1967, quando já estudava-se a reformulação curricular com o intuito de transformar tais cursos a nível superior.

Elisabeth Eagles, terapeuta ocupacional norte-americana, através de subvenção da OMS, assessorou e reavaliou no IR o curso e o currículo de Terapia Ocupacional, de 1964 a 1966, prevendo a ampliação para um terceiro ano.

Como parte da reforma universitária os cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional passam a ter três anos e são desligados do Instituto de Reabilitação. Como conseqüências, eles ficam sem espaço para salas de aula teóricas ou práticas e mesmo sem local e pacientes para

assistência e o exercício de estágios práticos. Esses cursos, e também o de Fonoaudiologia a partir de 1975, têm circulado entre espaços emprestados, primeiro da própria Faculdade de Medicina e depois também, em espaços da USP.

A construção do prédio, que abriga o Centro de Docência e Pesquisa dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, iniciou-se em 1988, sendo entregue dois anos depois. Hoje, comemora-se a inauguração de uma segunda unidade com salas para docentes, alunos, administração e biblioteca. Espera-se ainda a construção de uma terceira unidade que abrigará os cursos de graduação, de especializações e, como é de muito desejo, os de pós-graduação. Essa terceira unidade poderá enfim possibilitar um espaço específico para a assistência em Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Fonoaudiologia.

A profissão é reconhecida no ano de 1969 e a responsabilidade pela sua graduação na USP é legada a diversos departamentos permanecendo, nos últimos 25 anos, vinculados ao Departamento de Clínica Médica.

Hoje, 19/10/99, comemora-se também, a aprovação pelo Conselho Universitário de um novo Departamento da Faculdade de Medicina, o de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.

Outras transformações na estrutura do curso ocorrem. Este passa a ter, em 80, a duração de quatro anos e prepara-se para se filiar à Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (WFOT). É escolhido pela mesma como modelo de referência para o Brasil em outubro de 1992, inaugurando assim as filiações a esse órgão.

O curso conta com corpo docente que é constituído por uma professora com pós-doutorado e outra com tal formação em andamento; cinco professoras doutoras e sete doutorandas. Há aproximadamente 600 discentes graduados. Desde 1990 o curso edita a Revista de Terapia Ocupacional, com 12 números publicados. Quatro

são os livros publicados pelas professoras e cinco participações em edições coletivas.

São oferecidos ainda cursos de especialização e extensão universitária, de aperfeiçoamento e são desenvolvidos projetos de extensão. As linhas de pesquisa totalizam dez grandes projetos que agregam a assistência e o ensino.

Os quarenta anos que queremos comemorar estão aí resumidos, sem os sujeitos participantes-desejantes, sem nenhuma imaginação. Como até aqui está, o tempo ocupado da e com a Terapia Ocupacional, será ele suficiente para demonstrar conhecimento e maturidade? Se quiséssemos, poderíamos continuar a reproduzir a compilação cronológica de fatos em desenvolvimento e as aquisições do curso desde 59. Mas, com isso poderíamos realmente demonstrar a evolução?

Por acreditarmos que não é possível tratar a evolução sem indicadores de medida, nós, os quatro autores deste artigo, que mais deve ser considerado uma crônica festeira, estudamos Terapia Ocupacional através da pesquisa - "Terapia Ocupacional e Ergothérapie no Brasil e na França - um projeto de História Comparada de 1960 a 2000", pesquisa que sustenta uma possível cooperação entre o Curso de Terapia Ocupacional (USP) e o Centre des Recherches Historiques (EHES).

Por hora usando, e talvez abusando, do imaginar - instrumento que funda a dialética da História -, perguntamos sobre fatos e feitos da Terapia Ocupacional que buscamos um dia explicar. Corremos pelos tempos de Braudel, brincando de pega-pega, como numa festa de aniversário de criança que já começa a andar, mas que a mãe ainda fica a vigiar.

A primeira tese da Faculdade de Medicina da USP, até hoje nossa mãe adotiva, foi defendida por Henrique de Oliveira Mattos em 1929, "*A labortherapia nas affecções mentaes*". Depois dele várias teses foram defendidas por médicos com temas como Laborterapia, Terapêutica Ocupacional ou mesmo Terapia Ocupacional.

Pela História conhecemos que ocupar pacientes para afastá-los de pensamentos mórbidos ou de cotidianos improdutivos era uma técnica da Medicina. Agora, após a criação da profissão, das evoluções e revoluções de

fármacos e intervenções cirúrgicas, seria no mínimo justo que tivéssemos um lugar próprio para estudar específica e especialmente - Terapia Ocupacional. Se não tivéssemos, e ou não reconhecêssemos, a existência de reais problemas da Terapia Ocupacional como profissão e da terapia ocupacional como procedimento assistencial, calçado em teorias da técnica, talvez nos bastasse apenas ocupar o tempo.

Assim admitamos, sofreríamos da "síndrome de Prometeu", a de ocupar e ocupar-se dos mortais. Ele pelo menos tinha em mãos o fogo. E nós? Bem, nós queremos desconstruir o mito e qualificar o conhecimento. Queremos ter a terapia ocupacional como objeto de estudo, buscar as representações que qualifiquem esse campo de investigação.

Plagiando Wittgenstein na sua análise sobre a psicologia, reconhecemos que na terapia ocupacional "a confusão e o deserto" não se explicam pelo fato dela ser uma "ciência jovem". Nela existem, sim, métodos experimentais e confusão conceitual. Entretanto, os primeiros resultados de nossa pesquisa apontam para uma direção que, de certa forma, nos surpreende. A análise de conceitos e de definições de constructos, baseados em observações empíricas, a despeito da impossibilidade de quantificações, pode ter a qualidade de aparato teórico, base sólida de aproximação às Ciências Sociais. Os métodos da História têm-nos permitido observar que para a criação da profissão houve uma mudança de paradigma. Ocupar para afastar maus espíritos, para afastar sintomas e doenças ou suprir deficiências nunca foram os objetivos buscados por Slagle, a organizadora da profissão, no início do século.

Quase que em oposição ao paradigma médico, ela cria ao mesmo tempo a profissão e a técnica de "treinamento de hábitos", ambas calcadas em espaços de saúde ou saudáveis. O pressuposto original, o da Medicina, de enfrentamento ou aplacamento de sintomas passa a ser evolutivamente substituído pelos fundamentos do "fazer" para construir ou reconstruir cotidianos e com a qualidade do "bem-estar" (no sentido de saúde, revisitado por Goubert para a "Ergothérapie", 1997), apesar de doença ou de deficiência.

Na França, para Pibarot (1996), o radical grego, "*ergon*", da "*Ergothérapie*", mantém para a profissão o sentido da originalidade, ao mesmo tempo global e específico, através do "fazer conceitualizado". Nós, por outro lado, temos tomado o "*logos*", no sentido do discurso ordenado,

como o espaço de reflexão científica, o que se propõe a construir uma ciência. Com isso temos adquirido a percepção que o instrumento “atividades”, base para um fazer conceitualizado, é o espaço de aproximação das Ciências Sociais. Entretanto, se os caminhos por nós escolhidos mostrarão um ambiente favorável à construção de uma anatomia fundadora e base sólida para a filiação nas Ciências Biológicas, Médicas ou Sociais, ainda não sabemos. O que sabemos é que a Terapia Ocupacional precisa mudar. Mudar no sentido de Lampetusa, para que se mantenha ela mesma, na sua singularidade o seu Nome Próprio.

Enfim, o que nos interdita de “fazer atividades festivas” neste aniversário! As últimas notícias são de que o curso de Pós-graduação de Terapia Ocupacional da UFSCAR foi considerado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por alguns motivos um pouco cedo para existir e por outros motivos um pouco tarde. O jeito ressentido de contar esse fato é também por não ter ficado claro, pelo menos para nós autores, a função da paradoxal avaliação de que onde já é hora para o pós, mas cedo para nossos jovens doutores. Mas, não foi assim o começo para todas as disciplinas? Além disso, já mostramos anteriormente que o nosso problema não está na juventude, mas, na lógica interna a ser investigada.

Se a Academia quer a Terapia Ocupacional como Disciplina Universitária, plena e inteira, deve prover seus docentes de tempo e espaço, num laboratório específico que, como todos sabem, só pode ser o de Pós-graduação. É neste momento que a mãe adotiva transveste-se de madrastra-má e o paternalismo expõe paradoxalmente a condição juvenil como impedimento para o estudo e evolução no próprio campo. Com isso, obrigados a explorar e de certa forma sermos explorados em outros campos, somos desviados de nós mesmos. Continuamos fora de casa, mas sem dúvida agradecidos, aos professores e às disciplinas que nos aceitaram e titularam.

Procurando conhecer o mais perto possível a terapia ocupacional e especialmente a Terapia Ocupacional na Universidade de São Paulo, não foi necessário muito para saber que excepcionalmente alguns administradores da Medicina e da USP colaboraram com sua real evolução, coisa que jovens mulheres, “formigas-profissionais” de inverno a inverno, cotidianamente vêm construindo há quarenta anos. Elas serão o objeto e motivo para nossas atividades festivas, na USP, entre 11 e 15 de dezembro, II Encontro Nacional de Estudantes de Terapia Ocupacional e III Encontro Nacional de Diretórios Acadêmicos de Terapia Ocupacional.

Jô Benetton

Docente de Terapia Ocupacional; USP.

Jean-Pierre Goubert

Diretor de Pesquisa; EHES.

André Campos

Terapeuta Ocupacional – Iniciação à Pesquisa; USP.

Beatriz Vogel

Aluna de Graduação – Iniciação Científica; USP.

“Não digam para a minha mãe que faço atividades, ela pensa que trabalho”. *

Autores

Isabelle Pibarot, terapeuta ocupacional, psicanalista.

1, impasse du Chateau, 26200 Montélimar

Journal d'Ergothérapie, 1996, 18, 3, 90-94
Masson, Paris

Tradução – Jô Benetton

Revisão – Margarita Lamelo

Resumo

Produzir está no centro das ideologias contemporâneas. O tratamento não está fora dessa ideologia do trabalho centrada nos objetos. A medicina também faz parte disso. Ela dá a ilusão de curar. Como fica o homem dentro desse contexto? O que lhe resta fazer quando está desempregado, aposentado, deficiente ou doente? O terapeuta ocupacional, terapeuta da atividade, representa na sociedade uma outra abordagem da atividade humana, diferente do trabalho exclusivamente produtivo e quantificável. Esta apresentação tem como objetivo colocar em evidência diferentes níveis da atividade e, em particular, demonstrar o movimento que se opera entre o trabalho e a atividade.

* Foi nossa opção de tradutora que determinou o uso de *faço atividades* para a expressão da autora *j'ergonne*. O texto nos permite esse uso uma vez que a autora considera o fazer atividades em Terapia Ocupacional conceitualizante, como o é o radical grego.

Introdução

Foi com esse título que Philippe Naur pediu que eu contribuísse para a décima jornada de Terapia Ocupacional ⁽¹⁾. Essa fórmula evocava certamente meus trabalhos sobre o conceito significativo da profissão de terapeuta ocupacional, o “ergon”.

Porém, antes de mais nada, esse conceito é ressaltado pelas questões sociais sobre o trabalho e a atividade. Constatamos as dificuldades das sociedades ocidentais para passar da ideologia da produção para a da atividade. Trabalhar, para o homem dos tempos modernos, é produzir. Tratar é curar. Então, o que acontece com o homem que é privado de trabalho? Qual é o estatuto do doente em relação ao tratamento?

As marginalidades sociais – aposentadoria, desemprego e deficiência – obrigam a repensar o que é a atividade humana. Os objetivos do trabalho colocam em questão as finalidades da vida. Por que o homem está na Terra? Para trabalhar?

Há milênios, a cultura judaica, e depois a cristã, dizem que o homem foi criado “para fazer”.

Dessa forma, no Gênesis, pode-se ler: “E Deus abençoou o sétimo dia e o santificou, pois acabara toda a obra que Deus havia criado para fazer.”

Para fazer o quê? Cada geração, cada ser humano deve ter a sua resposta.

A atividade é característica do ser

Se nos limitarmos modestamente à época contemporânea e permanecermos dentro da própria prática profissional do terapeuta ocupacional, a marginalização social que a deficiência ou a doença impõem nos faz refletir. A pessoa doente ou deficiente está fora do circuito de pro-

(1) As pessoas que me entenderam não encontrarão a forma da exposição inicial.

dução: salvo quando ela mesma é considerada como objeto: objeto de reeducação, objeto de tratamento. Porém, a partir de seu ponto de vista, o doente está “parado”. Isso quer dizer que está inativo? De que natureza é a atividade da pessoa que não trabalha? O que ela faz?

Em sua tese de medicina de 1943, publicada em 1966, com o título *O normal e o patológico*, Georges Canguilhem mostra que o homem, tanto doente quanto sadio, tem uma conduta normativa: o indivíduo está sempre em estado de atividade, de adaptação, de regulação, de conservação de si mesmo. “Acreditamos, escreve, que a vida de um ser vivo, mesmo de uma ameba, só reconhece as categorias de saúde e de doença no plano da experiência, que primeiramente é experimentada no sentido afetivo do termo e não no plano da ciência.” (p. 131). Ele diz ainda: “A ciência explica a experiência, no entanto, não a anula.”

Dizendo isso, Canguilhem modifica o olhar sobre o paciente e sobre a medicina. “Em primeiro lugar, é pelo fato de os homens se sentirem doentes que existe uma medicina. É só posteriormente que, os homens, pelo fato de haver uma medicina, sabem de que sofrem.” (p.156). O doente é ator – e o seu pedido de tratamento é a bem dizer uma expressão de sua conduta normativa, isto é, de sua conduta de adaptação às variações e às mudanças a que é submetido. “A medicina é uma atividade que se enraíza no esforço espontâneo do indivíduo para dominar o meio e organizá-lo, segundo os seus valores de ser vivo. É nesse esforço espontâneo que a medicina encontra o seu sentido, sem isso, em princípio, toda a lucidez crítica a tornaria infalível. Eis a razão pela qual, sem ser ela mesma uma ciência, a medicina utiliza os resultados de todas as ciências a serviço das normas da vida.” (p. 156).

Com essa tese, Canguilhem evidencia, então, a própria característica da atividade médica. Essa atividade consiste em colocar o trabalho científico a serviço da atividade do indivíduo. A seus olhos, a atividade precede e engloba o trabalho. Ela o condiciona, dando-lhe sentido e um futuro.

Doença e atividade

Todas essas considerações podem parecer estranhas para o leitor. Contudo, devemos considerar a prática de Terapia Ocupacional como fazendo parte da medicina. Por outro lado, as reflexões de Georges Canguilhem colocam o nosso propósito ao redor da questão da especificidade da prática da Terapia Ocupacional. O terapeuta ocupacional é um terapeuta de/por/com “ergo” – vamos traduzir esse termo por *atividade* (raiz grega, ergon: atividade).

Canguilhem havia observado que “o que é próprio da doença é ser uma redução da margem de tolerância das infidelidades do meio”, (p.132). A atividade de adaptação às modificações que podem surgir se mostra reduzida. Inversamente, “o que caracteriza a saúde é a possibilidade de tolerar as infrações em relação à norma habitual e instituir as novas normas nas novas situações. É possível ser normal em um meio e em um sistema de determinadas exigências, com um só rim. Porém, não é possível se dar ao luxo de perder um rim, é preciso cuidá-lo e cuidar-se.”, (p.130).

Se a ciência médica é o pano de fundo da prática da Terapia Ocupacional; se os conhecimentos em filosofia, psicologia, patologia fazem parte da competência do terapeuta ocupacional; é para colocá-los a serviço do esforço espontâneo do paciente; para ampliar o seu campo e as suas possibilidades de adaptação ao seu meio; para acompanhá-lo no seu debate, tanto com o mundo interior (biológico, psicofisiológico, psicológico...) quanto com o mundo exterior (funcional, relacional, situacional...). O terapeuta ocupacional é promotor da atividade normativa das pessoas. Ele acompanha a experiência que consiste em encontrar novas formas de adaptação à vida.

Atividade e “ergon”

A conduta normativa do indivíduo e a atividade humana devem ser diferenciadas. Se todo ser está em situação de busca, de equilíbrio e de adequação ao (s) meio(s) – meio interno, meio externo – é preciso considerar que os equilíbrios do homem não podem ser considerados fora de processos relacionais. As mudanças gasosas, térmicas, vibratórias, moleculares... caracterizam as relações entre minerais, vegetais e animais. Estas são as quantidades mensuráveis. Mas, não há “ergon” nessas modalidades de troca. O “ergon” é uma qualidade da condição humana. É uma qualidade que implica a linguagem, ao mesmo tempo que a satisfação das necessidades (gasosas, térmicas, moleculares...). René A. Spitz apresentou essa questão (cf. *De la naissance à la parole*, 1965).

Crianças alimentadas e tratadas de forma correta podiam ficar gravemente doentes e morrer, se a sua alimentação não fosse dirigida de forma singular a cada uma delas, se a alimentação fosse dada de forma anônima. O organismo humano não encontra em si mesmo a razão de ter fome.

Terapia Ocupacional, atividades e atividade

Portanto, cuidar da atividade não é somente cuidar de um organismo. Da mesma forma que uma mãe não alimenta apenas por alimentar, o terapeuta só é terapeuta ao abrir o apetite do paciente para a cura, ao levá-lo a encontrar novas normas de vida.

Quais são as modalidades terapêuticas do terapeuta ocupacional? Há muito tempo esta questão foi colocada e respondida de acordo com o que se imaginava ser o homem e a doença. A idéia segundo a qual o homem era humanizado pelo seu "fazer", seu agir, fez com que Pinel (século XIX) abrisse asilos onde cada doente devia participar das atividades de acordo com as suas possibilidades. A ociosidade dos ricos era considerada como uma etiologia possível da loucura. As atividades se tornavam remédio para os loucos. Mais tarde, foram utilizadas como reeducação para o esforço e trabalho dos deficientes motores. Se é verdade que dar atividades para os pacientes é eficaz, elas passam a ser para os funcionários sinônimo de ordem, de tranqüilidade, e de ociosidade. Nesse contexto, há uma outra tomada de consciência. O remédio se deve à qualidade das relações no conjunto da instituição de tratamento (cf. Herman Simon na Alemanha, fim do século XIX). A atividade por si só não basta para curar.

A atividade só pode ser concebida como terapêutica se for portadora de sentido para a pessoa, independentemente da patologia que ela tiver. Todos já puderam fazer a experiência de uma mudança na reeducação, ou numa relação, contanto que a pessoa tratada se aproprie de uma forma ou de outra das técnicas ou dos cuidados propostos. O significado íntimo do que foi encontrado freqüentemente escapa ao terapeuta. Porém, o importante é que o terapeuta tenha permitido ao paciente que ele se aproprie do seu trabalho e que abra o seu apetite de vida.

Como isso pode acontecer? O exemplo escolhido por Freud no seu *Esquisse pour une psychologie scientifique* (1895), onde ele fala de uma situação de dependência máxima, é esclarecedor.

"O organismo humano, em seus estágios precoces, é incapaz de provocar esta ação específica (que é) (a descarga da tensão pulsional)" – é preciso entender que por sua prematuridade funcional, o bebê não pode se auto-suprir nas suas necessidades – (a ação) só pode ser realizada com uma ajuda exterior e no momento em que a aten-

ção de uma pessoa presente se volta para o estado da criança. A criança a alertou com uma descarga que se produz através de mudanças internas (pelos gritos da criança, por exemplo). A via da descarga adquire, então, uma função secundária de extrema importância: a da compreensão mútua. (in: *Naissance de la psychanalyse*, p.336).

Aqui vemos como a resposta daqueles que cercam o bebê faz da descarga orgânica uma ação de linguagem. Ela passa a ser significativa. Inicialmente, o grito é apenas a expressão de modificações internas (as necessidades). Para o bebê, essa descarga só se torna significativa através da interpretação de uma pessoa a par de sua situação. A resposta apropriada faz com que o organismo se torne corpo, corpo falante na palavra do outro. É a partir dessa experiência que o orgânico se torna palavra. É a partir dessa experiência que a realidade adquire consistência para o ser humano. A realidade se constitui na capacidade de se representar o mundo. A realidade se constrói através do Outro.

Para o doente, o deficiente, a pessoa em sofrimento, isso não pode acontecer sem a compreensão do terapeuta sobre as necessidades do paciente. Nesta zona de inter-relações que os reúne (o que D.W. Winnicott denomina de "espaço potencial") se organiza o sentimento de existir. Na presença do outro, o doente encontra a base de sua segurança. Através de sua própria atividade, ele mantém e renova o sentimento de continuidade de sua existência.

Na sua autobiografia, *Sous les pierres, mon coeur*, Salah Benamara conta o acidente que o deixou tetraplégico. Após oito anos de tratamento, ele encontra na solicitude de um homem o movimento de sua vida. Sua vida torna-se realidade. Ele é o responsável.

Ergo-terapia e espaço potencial

O Gênesis é memória para a Humanidade. Com a tradição podemos considerá-lo como arquétipo antropológico. Vejamos o versículo citado na introdução:

"E Deus abençoou o sétimo dia
e o santificou
pois nele acabara toda a sua obra
que Deus criara para fazer"

(Gênesis 2/3)

Também é possível traduzir: “Que Deus criara *para terminar*”. Os dois significados devem ser mantidos.

É preciso notar o contexto imediato desse versículo: o sétimo dia da criação. Nesse dia, Deus descansou. Ele pára a obra para concluir. Ele se retira e deixa o lugar para um outro fazer. Em seguida, pode-se ler, “Eis as produções dos céus e da Terra quando foram criados, no dia em que o Senhor Deus fez a Terra e o céu.”

As produções referem-se ao fazer e não à obra criada.

A formulação literal do texto nos obriga a considerar uma mudança qualitativa do fazer significado pela aparição, pela primeira vez, da nomeação do divino (YHWH) ao lado de Deus (Elohim).

O contexto mais amplo desses versículos é, de um lado, o trabalho da separação criadora pelo dito de Deus (Elohim) no Gênese 1 e, por outro lado, o despertar do pensamento do homem e de sua responsabilidade diante da criação, no Gênese 2.

Os versículos que acabamos de citar tornam-se claramente pedagógicos. O sétimo dia – dia de parar o trabalho – é o dia em que o homem faz surgir o nome divino (YHWH) na medida em que, entretanto, o *trabalho* de discernimento já havia se realizado. Isso quer dizer que o humano se submete ao *trabalho* do homem. O término do ponto de vista das gerações se deve à abertura que o homem faz do lugar do Outro em si. Para *esse fazer*, o humano deverá encontrar um face-a-face: o outro, com o qual surge o mistério insondável entre esses dois (cf. o fim do capítulo 2 do Gênese).

Para o homem das sociedades industriais o risco é grande de se deixar dominar pelas coisas, pelas ideologias, pela produção, como se elas fossem tudo para o homem. Porém, o homem não pode ser reduzido a isto, que significaria ficar no trabalho de produção da “obra” (Gênese 1). O homem deve passar pelo “7º Dia” para descobrir a sua capacidade de produção.

A realidade é muito diferente das coisas criadas. A realidade se constrói *fazendo* o mundo, ou seja, através das representações. Esse fazer é o da pessoa enquanto “sujeito”. Ela se torna capaz de conceber as coisas e o outro...

O trabalho do terapeuta ocupacional situa-se aí, nesse ponto e nesse lugar onde se faz, se elabora a representação de si, do outro e das coisas. Por essa zona de experiência e de criatividade, pelo espaço potencial, o terapeuta ocupacional deve responder diante do corpo social.

Doença, velhice, deficiência, desemprego... aniquilam o homem quando ele perde as suas possibilidades de conceber essas coisas da vida e de se representar o que acontece. A partir disso, trata-se de restaurar o espaço potencial destruído, trata-se de criar um lugar e um tempo em que “isso exista”, em que pelo tratamento a pessoa retome a via de sua própria atividade e o sentido do seu existir-responsável.

A dificuldade de conceber esse espaço potencial, o espaço entre dois, onde existe tratamento e cura, se deve ao fato de que nada é diretamente aparente.

O tratamento acontece na claridade do discernimento diagnóstico e terapêutico. As razões para a “cura” são encontradas pelo paciente. A forma como ele se apropria do tratamento depende em grande parte da maneira como isso se dá. Tratar não é “fazer tudo”. É propor uma resposta apropriada, deixando uma margem para o “fazer-seu” do outro. Winnicott qualifica de “suficientemente bom” o cuidado que oferece ao homem a possibilidade de encontrar os significantes de seu desejo.

No espaço potencial, o poder muda de mão, sem que ninguém seja privado dele.

Eu trabalho e eu faço atividades

Na relação terapêutica, o terapeuta e o paciente ocupam posições diferentes em relação ao “fazer”. Os dois fazem. Mas, de certa maneira, propondo ao paciente que aja, o terapeuta se retira. Ele adota uma posição de presença-retirada discreta. O espaço profissional e técnico dá ao paciente a possibilidade de encontrar o que lhe convém. O trabalho profissional consiste em dar ao paciente as respostas técnicas apropriadas. A “atividade criadora” do terapeuta se deve à confiança nas capacidades do outro, paciente. Para o paciente, encontrar é criar. Quando ele se apropria do que encontrou, ele começa a *trabalhar*, a usar a nova realidade.

O trabalho dos terapeutas ocupacionais tem múltiplos contornos. Penso no relato de certos terapeutas sobre os pacientes em coma. Eles insistem em significar para os seus pacientes os ritmos do tempo, em reunir para eles os objetos habitualmente investidos de significado, por exemplo, a voz das pessoas conhecidas e a sua presença quando é possível... as músicas de que gostam... Eles mobilizam as pessoas no espaço para que, com a proprioceptividade acompanhada de uma *palavra*, a representação de si mesmo persista, apesar da ausência aparente. Ao despertar, a rapidez da reeducação justifica tais práticas.

A instalação de espelhos inclinados para as imobilizações longas dá ao paciente a possibilidade de sair do isolamento e de imaginar o meio no qual se encontra e os movimentos que o rodeiam, além da sua cama ou do seu quarto. Os sentidos mantidos despertados são o limiar pelo qual se constrói a imagem de si próprio na realidade. Quanto mais se adquire autonomia, mais o meio se torna rico e variado em termos de investimentos possíveis.

O terapeuta ocupacional trabalha. Trabalhando ele se torna "acompanhador" da atividade. Ele é mais testemunha do que realizador. Se ele é o realizador, é como delimitador, na medida em que coloca as condições para um espaço de criação.

A atividade-ergon do terapeuta ocupacional tem origem no seu desejo de cuidar do lugar onde o outro, o paciente, vai poder dar forma ao seu desejo, do lugar onde entra em ação.

O terapeuta ocupacional cuida desse lugar onde ecoa o inacabado, a insatisfação e o incompleto do homem, lugar onde se pode tender para o apaziguamento da falta, radical, do Outro.

Organizar tudo, ou não organizar nada para o paciente também seria um atentado a sua possível atividade. Cuidar da qualidade do espaço potencial de um doente é, na sua situação de deficiente, dar-lhe oportunidade de desapegar-se. É dar-lhe a possibilidade de deparar-se com o que lhe aconteceu.

Conclusão

A sociedade-mãe sabe o que faço?
 Ela pensa que eu trabalho, é claro!
 Mas ela precisa saber que além das
 competências recebidas e adquiridas
 eu cuido discretamente
 desse lugar de criação
 e de reconhecimento íntimo
 onde o fazer se torna agir
 onde a coisa se torna representação
 onde a existência se encontra transformada
 re-suscitada!

Referências Bibliográficas

- La Bible*. Sous les pierres mon coeur. L'Harmattan, 1993, 98.
- GEORGES CANGUILHEM - "Le normal et le pathologique." Quadrige, P.U.F., 1996.
- SIGMUND FREUD - L'esquisse d'une psychologie scientifique. In: *La naissance de la psychanalyse*. P.U.F., 1956. - La Negation. In: *Résultats, idées, problèmes II*, P.U.F., 1985.
- PHILIPPE PINEL - *Traité médico-philosophique*, 1809.
- ISABELLE PIBAROT - *Dynamique de l'ergothérapie*. Journal d'Ergothérapie. ANFE, 1978, 26.
- Enter dans l'ergothérapie*. Journal d'Ergothérapie, Masson, 1979, 1.
- Structure de l'activité humaine*. Journal d'Ergothérapie, Masson, 1981, 3.
- RENÉ SPITZ. - *De la naissance à la parole*. P.U.F., Paris, 1968.
- F. TOSQUELLES - *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, CEMEA. Scarabée, Paris, 1967.
- DONALD W. WINNICOTT - *Jeu et réalité, le space potentiel*. NRF, Gallimard, 1971.

*Fazemos Atividades**

PRODUÇÃO INTELLECTUAL E VALOR HEURÍSTICO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Autores

Jô Benetton, Terapeuta Ocupacional, Doutora em Saúde Mental, USP**

Jean-Pierre Goubert, Historiador, Professor Doutor, EHESS.***

Endereços

**R. Doutor Veiga Filho, 375/11", 01229-001, São Paulo - Brasil.

***47, rue d'Estienne d'Orves, 92140, Clamart - France.

Resumo

Como resultado de duas disciplinas distintas, os autores comparam aqui duas trajetórias particulares à Terapia Ocupacional, uma no Brasil e outra na França; e eles propõem uma certa concepção da Terapia Ocupacional e de seus fundamentos que não exclui as pluralidades. O objetivo comum é o de dar à Terapia Ocupacional um espaço reflexivo de base histórica e comparativa de maneira a assegurar a plenitude de seus propósitos.

Palavras-chave

Terapia Ocupacional
História
Conceitualização
Comparação

Introdução

Estudar Terapia Ocupacional num vasto programa de pesquisa comparada é o que se propõem dois pesquisadores, trabalhando em dois domínios distintos e conexos, a História e a Terapia Ocupacional¹. A idéia é de comparar não somente duas práticas, uma situada na França e outra no Brasil, separadas pelo espaço do Atlântico e tendo uma evolução cultural original, mas também duas abordagens teóricas, uma do tipo francês e outra do tipo brasileiro.

Em princípio, entretanto, o que surpreende são as semelhanças flagrantes:

- Similaridade na data de criação da Terapia Ocupacional entre 1960 e 1970;
- Similaridade da base científica incluída na medicina ocidental;
- Similaridade da herança psicanalítica, notadamente através das obras de Winnicott, e/ou de Lacan.

Essas similaridades, no entanto, não escondem as diferenças existentes. Para começar, a criação da profissão é produto de contextos diferentes. Depois, varia sensivelmente a inserção da Terapia Ocupacional na medicina ocidental na França e no Brasil. Assim, a França desenvolveu um vasto setor paramédico fora da Universidade, em escolas específicas, o que não implica a conquista de títulos universitários. Diferente do Brasil, que se inspirou no modelo médico e universitário em vigor nos Estados Unidos. Um terceiro ponto mostra a questão de herança na Universidade Brasileira em que a Medicina, as Ciências Sociais e as Ciências Humanas sofreram forte influência francesa – desde o “Século do Iluminismo” até 1960 – antes de se situar na esfera de influência norte-americana.

Enfim e sobretudo, a herança cultural comum sobre a qual a Terapia Ocupacional e a *Ergothérapie* se fundam não impede que possa ser interpretada e provida de diferentes maneiras. Esse último ponto é essencial. É sobre ele que dirigimos nossa comparação. Admitir essa pluralidade,

* Título Original: *Nous Ergonomes*, tradução conceitual da revisora.

aqui no seio da produção intelectual da Terapia Ocupacional é a condição *sine qua non* da pesquisa comparada, que entende firmar seu valor heurístico numa perspectiva que não exclui o passado do presente; dito de outra forma, que faz do presente, tomado como narrativa e projeto, parte integrante da História no seu sentido original².

Fazer ou não fazer atividades?

Ergothérapie na França (*et en français*), Terapia Ocupacional no Brasil (e em português), constituem um conjunto específico de saber; de práticas e de tratamentos.

A forma de designação da profissão no Brasil e na França é por um lado idêntica porque os dois vocábulos remetem a um tipo de terapia. Por outro lado, a diferença reside no radical “ergo” e no adjetivo “ocupacional”.

Essa diferença nos convida a estabelecer um debate com I. Pibarot. De maneira muito inteligente e profunda essa autora, no artigo “*Ne dites pas à ma mère que j'ergonne, elle croit que je travaille*” (1996), levanta questões que nós vemos como uma introdução ao estudo da epistemologia em *Ergothérapie* (ou então, em Terapia Ocupacional).

Entre a concepção anunciada por I. Pibarot e a nossa, os pontos de divergência aparecem claramente, de onde se pode perguntar se eles não constituem em parte o resultado de uma evolução diferente entre a França e o Brasil.

Em princípio, nós temos a inserção da Terapia Ocupacional no sistema médico, o mesmo considerado por Pibarot como de pleno direito. Sua atitude é fundamentada na reflexão de Canguilhem (1966) na qual o homem são ou doente tem uma “conduta normativa”. Ora, na concepção que temos da Terapia Ocupacional está fora de questão levar em conta essa afirmação. Se se quer que “o sujeito-alvo” possa buscar os “espaços de saúde” que lhe permitam encontrar, com a ajuda da terapeuta ocupacional, suas condutas livremente elaboradas e traduzidas em atos do tipo auto/hetero-normativas, então, pode-se dizer que elas são constitutivas da saúde. Esta considerada por sua vez como um conceito vulgar e filosófico (Goubert, 1997), ainda que existam uma doença ou “as loucuras”, como pensava Lacan (1985).

Nessa perspectiva, reconhecemos uma herança tal como a de Winnicott (1994), na qual “o mínimo que se espera da Terapia Ocupacional é que o indiví-

duo possa se afastar de si mesmo”. Mais ainda, dando continuidade a essa reflexão, retocamos e completamos com: “Para que o indivíduo tenha uma imagem de si mesmo e que seja capaz de se inserir socialmente” (Benetton, 1994)

Marginalidades e Terapia Ocupacional

É por um caminho (“trilhas”, “vias de acesso”) prudente e avisado que é possível acompanhar o estabelecimento (ou mesmo o restabelecimento) da imagem de si mesmo do “sujeito-alvo” e de ajudá-lo a conceber, com sua participação livre e ativa, uma narrativa própria; e que está à margem de si mesmo e da sociedade; e isto pela expressão do “fazer”, graças ao trabalho específico da terapeuta ocupacional, que é de formalizar “espaços de saúde”, onde e por onde esse indivíduo encontra a saída de uma loucura qualquer.

Três aportes contribuem na definição dessa marginalidade. O primeiro é um diagnóstico médico: aquele de uma loucura qualquer. O segundo é composto por elementos que fundamentam esse diagnóstico marginalizante (quando tomado pelo todo do indivíduo), que revelam apenas as lacunas e contradições desses pacientes:

- Ausência ou quase ausência de discurso na primeira pessoa (suas histórias são contadas pelo outro);
- Visão de si mesmos como pessoas saudáveis, mas com ausência de construção do cotidiano;
- Extrema dificuldade de associar as idéias para criar fundar uma narrativa;
- A facilidade de estabelecer uma relação (quase sempre de dependência) e disposição imediata e pouco produtiva para o fazer.

Em terceiro lugar, para a Terapia Ocupacional fazer, característica “normalizante e normativa” do “homem comum”, parece ser dissociado nesses indivíduos, não tendo nem sentido, significado e significante. (Benetton, 1991)

O Diagnóstico de Terapia Ocupacional

Uma vez que dizemos que nossa população alvo marginalizada e que o objetivo da Terapia Ocupacional é inserção social, temos uma convergência com Pibarot. Para se chegar a esse objetivo a que nos propomos, é preciso conhecer os sujeitos que demandam a Terapia Ocupacional.

É a partir desse ponto que desenvolvemos um diagnóstico que denominamos de “situacional”. Diferente do diagnóstico médico de uma loucura qualquer, o diagnóstico situacional especifica vários aspectos do sujeito:

- a questão da demanda que é sempre apresentada de uma forma original na medida em que ela não é claramente exprimida e mais comumente é feita pela sociedade ou pela família, e quase nunca pelo sujeito mesmo;
- a questão do objetivo, que do ponto de vista médico é a cura e da Terapia Ocupacional a inserção social;
- a questão do método, marcado pela originalidade, uma vez que a propensão do indivíduo para o “fazer” é colocada em marcha na Terapia Ocupacional através da pesquisa de um (ou vários) espaço (s) de saúde, buscando estabelecer a participação do sujeito na dinâmica relação triádica paciente/terapeuta/atividades. (Fidler et Fidler, 1964).

Pesquisa e Conceitualização

Na concepção de Pibarot, que consideramos verdadeira, o termo “ergon” qualifica a Terapia Ocupacional. A linguagem serve à comunicação quando ela figura como uma “qualidade da condição humana”. (Spits, 1965).

Ora, neste momento nos distanciamos. Para nós, uma linguagem é construída no conceito ampliado de relação triádica e constitui o suporte essencial, o motor, a força dinâmica, o vigor, a “saúde”³, de uma terapia em curso. (Benetton, 1999).

Nós já definimos um termo da relação triádica – sujeito alvo. Nos propomos agora a definir os dois outros – atividades e terapeuta ocupacional, o início necessário para se investir na dinâmica do fazer numa relação.

Em termos técnicos, as atividades são: **“O terceiro termo de uma relação onde existe uma terapeuta ocupacional e um sujeito que necessita de terapia ocupacional”** (Benetton, 1994). Esta definição implica e circunscreve de maneira definitiva na clínica Terapia Ocupacional uma posição dinâmica de três termos, e como consequência impõe a condição de relação triádica.

Esses três termos – paciente/terapeuta/atividades-constituem e são constituintes do *setting* da terapia ocupacional. É nesse *setting* que se abre o campo da transferência conceitualizando o enquadre no qual a Terapia Ocupacional é situada.

Com o conceito de “maternagem” de Winnicott (1994), revisitamos o conceito anunciado por Slagle (Benetton, 1994), sobre a conduta “maternal” da terapeuta ocupacional. Esse conceito é precioso para as terapeutas ocupacionais uma vez que coloca em campo a transferência no *setting* da terapia ocupacional. É nesse campo de transferência e com essa compreensão e seu possível manejo que se desenha a presença da terapeuta ocupacional.

Com o espírito da “terapia ativa” de Simon (1930), e nos fundamentando no “terapeuta ativo” de Perrier (1958), a terapeuta ocupacional deve ser uma presença ativa no seu *setting*. Acreditamos que a terapeuta ocupacional como terapeuta ativa constrói seu *setting* de acordo com o seu gosto, colocando em obra as atividades. As experiências de realidade que se produzem nesse espaço, ao realizarem-se atividades, marcam o psiquismo. É nesse momento que se institui a dinâmica entre o “mundo exterior” e o “mundo interior”.

Se se trabalha com a dinâmica da relação triádica é necessário que a terapeuta ocupacional crie um espaço que Perrier denominou de “historicidade”.

Nesse espaço o sujeito alvo inscreverá uma nova história, a da relação nessa terapia, caminhando para sua inserção social.

Conseqüentemente, semelhante concepção de Terapia Ocupacional visa em seu estudo não (não somente, em todo caso) a análise em separado do paciente, do instrumento (as atividades ou ergon) e a própria terapeuta ocupacional, mas sim toma como alvo a natureza (as “qualidades”) da relação triádica.

Semelhante rigor conceitual exige que a Terapia Ocupacional, ela mesma, seja considerada com objeto de estudo e de pesquisa. Sem unidade conceitual, sem unidade no enquadre de referências, os estudos de casos correm o risco de se multiplicar de forma empírica e anárquica. E, portanto, as conclusões correm o risco de fracasso quanto a seus alvos.

Comum às Ciências Sociais e Humanas e aqui a da Saúde, essa disciplina de pensar específica da pesquisa leva muitos aportes para a clínica. Principalmente quando é na transferência que se encontram os fatos terapêuticos. Esses fatos são construídos, elaborados, produzidos, como consequência, numa relação de trabalho, comum ao sujeito alvo e à terapeuta ocupacional. Em princípio o que importa é a análise, o vigor e a saúde dessa relação, mais que doença do sujeito alvo ou a escolha de uma atividade, uma vez que a relação triádica prevê e engloba todas as variáveis.

O paradoxo se apresenta. Estar ocupado, ter uma (ou várias) *occupation(s)* (em francês), *occupation* (em inglês), *ocupação* (em português), é fazer qualquer coisa quando não se tem o que fazer, em linguagem corrente. Semelhante conotação desvalorizante remete a um sistema hierarquizante, de desigualdade dos valores do “fazer”. A língua francesa médica escolheu solidificar, adotando uma vez mais, um radical grego, “*ergon*”. Ora, significando ao mesmo tempo criar e trabalhar. “*Ergon*” remete ao nosso senso, a um pensamento não em termos de hierarquia mas sim de identidade.

Vamos mais longe, escolhemos a relação triádica, na sua concepção teórico-prática, para fundar nossa identidade. Não são as atividades, instrumento designado à Terapia Ocupacional que lhe dá essa identidade. São os termos da relação e os procedimentos terapêuticos partilhados que constituem a personalidade da profissão.

É assim que descartamos definitivamente o termo “ocupação”, qualificado ou não de terapêutica, para formular os procedimentos dinâmicos e os espaços terapêuticos em Terapia Ocupacional.

Uma Terapeuta Ocupacional para “Historicizar”

Dissemos que é preciso partilhar um passeio por um caminho prudente e avisado. Um desses caminhos é a técnica “trilhas associativas” que orienta e situa a terapeuta ocupacional.

O trabalho em Terapia Ocupacional procura estabelecer um jogo no qual a regra fundamental consiste em fazer atividades. Nesse jogo, terapeuta ocupacional e seu meio (o *setting*, que implica a realização de atividades), promove experiências da realidade que marcam o psiquismo. Necessário se faz criar aí condições para manifestações da transferência e principalmente aquela denominada pela psicanálise de positiva.

Como terapeuta ocupacional, deve-se insistir na importância da realidade exterior e interior dos pacientes, para que a “ação” faça parte do “discurso”. Para que as atividades tenham a forma de uma “narrativa”, é preciso construir uma “sintaxe”, pois será ela que permitirá a construção das trilhas associativas. Depois de haver realizado várias atividades, é proposto ao paciente que as reexamine. Esse exame, é antes de tudo uma “análise participante de

atividades”, onde paciente não é um ser ausente ou passivo, pois, essa análise é realizada no momento do seu encontro com a terapeuta. Esta é uma verdadeira “análise de atividades” uma vez que é colocada em prática em toda sua integridade, observando variáveis, valores, virtudes e deficiências. (Benetton, 1999)

Não há surpresa que para “fazer com” o seu “fazer”, existe participação, reciprocidade num pensamento numa linguagem, na relação do tipo triádica. Então, de pesquisadores procuram assim proceder em medida justa e própria, para fazer a História e dar luz ao futuro da Terapia Ocupacional – o historiador e a terapeuta ocupacional.

Dois historiadores para uma história

Produzir uma identidade com o sujeito alvo é trabalho da terapeuta ocupacional, assim também é para o historiador. Na posição de interioridade, em relação à prática, a de Terapia Ocupacional, a terapeuta ocupacional por outro lado, quando esta é a sua deliberação, constata com o historiador, seu parceiro em posição exterior, o espaço de historicidade.

Em princípio, eles partilham ou tendem a partilhar suas aquisições, suas reflexões, suas interrogações para dar conta de uma evolução histórica original, em relação às representações (as práticas), ao meio profissional das terapeutas ocupacionais e de historiadores de países também diferentes... como a França e o Brasil.

“Fazer a História”, sobre a base de uma filosofia de uma linguagem, e de uma relação do tipo triádica previamente definida, serve tanto à Terapia Ocupacional como disciplina histórica. O futuro, a que queremos chegar, a nós de uma dinâmica comum, está em garantir o valor teórico de nosso “*ergon*”.

Referências Bibliográficas

- BENETON, J.- “*Trilhas Associativas : Ampliando Recursos na C. da Terapia Ocupacional*”, Centro de Estudos de Terapia Ocupacional & Diagrama Editora – 2ª edição, 1999 - São Paulo
- BENETON, J., “*A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Af. Saúde Mental*”. Thèse de Doctorat en Santé Mentale - Université de Campinas - 1994, Campinas, São Paulo.

BENETON, J., SHIRAKAWA, I, "*Sentiers associatifs - pour un élargissement des ressources dans la clinique de l'ergothérapie*", envoyé au Journal Canadien d'Ergothérapie, novembre 1999.

FILDLER., G.S., FILDLER, J.W.- *Occupational therapy: a communication process*. New York, Macmillan, 1963.

GOUBERT, J-P. "*L'avènement de l'ergothérapie en milieu hospitalier*" Conférence au VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, setembro de 1999, Brésil.

GOUBERT, J-P, BENETTON, J., "*40 anos de Terapia Ocupacional*", Jornal da USP, São Paulo, novembro de 1999.

LACAN, J., "*O seminário*", Livro 3, 'As psicoses'. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1985.

PIERRIER, F.- "*Esquizofrenia*", Evolution Psychiatrique. N° 2, Paris, 1958, 421-444.

PIBAROT, I. - *Ne dites pas à ma mère que j'ergonne, elle croit que je travaille*, Journal d'Ergothérapie, Masson, Paris, 1996, 18, 3, 90-94.

WINNICOTT, C., SHEPHERD, R., DAVIS, M.,- "*D. W. Winnicott- Explorações Psicanalíticas*", Artes Médicas, Porto Alegre, 1994.

¹ A idéia fundadora desse projeto foi germinada entre dois encontros, um na USP (São Paulo) e outro na EHESS (Paris).

² História significa pesquisa coletiva sobre a verdade...(em grego antigo).

³ *Sanitas, fortitudo* (em latim) ou em grego antigo (dynamis).

“Redimensionando Atividades”

Autores

Ana Lúcia Coêlho Isidoro
Terapeuta Ocupacional e Especialista em Saúde
Mental pelo C.E.T.O.

Endereço
Rua Monsenhor Bruno, 2540/1001
Joaquim Távora
CEP 60115-191 - Fortaleza-CE-Brasil
Fone: (085) 246-1234

Resumo

Usar atividades na nossa clínica de Terapia Ocupacional sempre foi imprescindível; no entanto, durante o curso de especialização do C.E.T.O. passamos a ter uma nova visão das atividades utilizadas e a percebermos que as utilizávamos como recurso e não como instrumento da nossa prática.

Palavras-chave

Atividades
Instrumento
Terapia Ocupacional

Introdução

As nossas vivências profissionais e pessoais es-
repletas das experiências passadas que, com certeza, for-
válidas para a nossa evolução. Como terapeu-
ocupacionais, tivemos várias experiências e entre elas es-
de trabalharmos na Comunidade Terapêutica. Levan-
na “bagagem” a forma de “fazer atividade”, que era
pregnada do regime ambientoterápico. O uso da ativid-
visava criar para os pacientes condições ambientais que
mitissem o estabelecimento de novos modelos
identificação capazes de propiciarem padrões de rela-
namento mais adequados.

Utilizar atividade era tido como um recu-
terapêutico em função da ambientoterapia, já que não e-
va compreendida como elemento da relação triá-
(terapeuta, paciente, atividade), o que é determinant-
nossa prática clínica.

No decorrer do curso de especialização do
tro de Estudo de Terapia Ocupacional (C.E.T.O.), int-
mente, questionávamos se a atividade, ou melho-
atividades que nós utilizávamos tinham alguma ident-
ção com a dinâmica da técnica de atividades proposta
curso. Esse questionamento era no sentido de que t-
usávamos atividades, mas muitos outros profissionais
cólogos, recreadores etc.) as usavam também. E cor-
mos a indagar para que as utilizávamos? Para aplic-
diminuir sintomas, como um facilitador, possibilid-
nossa relação com o paciente, como uma ocupação...
cebemos que havia grande diferença das atividades fe-
no curso, mesmo assim, entendíamos que consegui-
utilizá-las com algum propósito terapêutico, porque
guma maneira muitos de nós percebíamos as melhor-
pacientes que atendíamos, o que nos confortava bas-

Quando foi estabelecida a concepção meca-
da vida, que tem a ver com o nascimento da técnica,
estabelecidas também as condutas do médico, que tí-
um papel muito importante e decisivo na assistência à

ça, tendo ele o poder de curar e dizer o que é indicado para a melhora dos pacientes. No modelo médico, “o papel do médico é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito do funcionamento de um específico mecanismo enguiçado”, (Capra, 1992). A maior preocupação não é a saúde, e sim o fenômeno da cura. Na Comunidade Terapêutica o médico é quem, a princípio, determinava as atividades.

Embora soubéssemos que a proposta da Comunidade não fosse dirigida à Terapia Ocupacional, pois utilizar atividades não a específica, essa forma de fazer uso das atividades foi a melhor que encontrei, para meus propósitos. Continuamos valendo-nos dela, mas adaptando-a à nossa profissão.

- Na nossa falta de conhecimento, inclusive, muitas vezes, de um “eixo metodológico”, ou seja, as principais correntes de Terapia Ocupacional dos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra etc., com as correspondentes linhas teóricas de base, é que passamos a estudar esses modelos teóricos diferentes utilizados para guiar a prática e a pesquisa, e passamos a ver, entre outros, teorias e autores como:
- Desempenho adaptativo e funcional (Mosey – 1974,1976).
- Teoria da incapacidade cognitiva (Allen, 1982,1985).
- Modelo de ocupação humana (Kielhofner e colaboradores, desde 1989).
- Abordagem da Terapia Ocupacional psicodinâmica, (Fidler e Fidler, 1964), que Benetton a partir de 1975 desenvolve para construir o campo da Terapia Ocupacional dinâmica.

Achávamos que fazíamos Terapia Ocupacional, no entanto, tomávamos teorias emprestadas, como da psicologia e da psiquiatria, por exemplo, para justificar o uso das atividades – que eram tidas como recurso e não como instrumento da nossa prática.

Percebemos que, durante as atividades realizadas pelo paciente, buscávamos unicamente fazer interpretações, deixando de lado o aspecto da Terapia Ocupacional ter um espaço para as significações, mas que nós, enquanto profissionais, não tínhamos que dirigir, mas sim orientar para essas significações. Deveríamos buscar sentidos, um caminho associativo e deixar que o paciente buscasse o significado do sentido. Essa seria nossa forma de : cuidar, assistir, tratar.

Começamos a elaborar quando entendemos “atividades” como o terceiro termo de uma relação, onde

estão incluídos o terapeuta ocupacional e o indivíduo que fará terapia ocupacional.

Das Atividades

1. Conceito e função de Comunidade Terapêutica

Segundo Rodrigué, Sullivan (em 1931) foi quem empregou o termo “comunidade terapêutica” para designar a ação benéfica de uma estrutura social sobre o doente mental.

A Comunidade Terapêutica era uma espécie de “lar-clube-escola”, onde o paciente vivenciava oportunidades de convívio e ocupação parecidos com os ambientes que lhe eram comuns. Tinha características de família, pensando numa abordagem sistêmica, mas, sem se distanciar do entendimento dos fatores inconscientes que determinam a conduta de cada indivíduo. Eram investigados padrões de funcionamento mental em nível espontâneo e primitivo, provendo-se de diferentes recursos terapêuticos, oferecendo a possibilidade de identificações mais sadias e integradas. Para objetivar essas funções eram utilizadas atividades como um dos recursos terapêuticos.

A atividade como recurso era utilizada com meta a demonstrar impulsos e fantasias não expressadas verbalmente; como promotora de desembotamento afetivo; e o aprender a lidar com a conflitiva da imagem corpórea, entre outros objetivos. Mas, em essência a proposta era de eliminar os sintomas. O médico, na comunidade terapêutica, tinha uma posição ímpar e a ele cabia toda a conduta tanto terapêutica como a elaboração do programa de atividades.

2. Funcionamento da Comunidade Terapêutica

Pelo tipo de atendimento a que se destinava uma Comunidade Terapêutica, havia um limite de admissão de pacientes, sendo o ideal um profissional para cada dois pacientes. Esses pacientes eram distribuídos em diferentes modalidades de internação; tivemos oportunidade de trabalhar em clínica-turno, embora tivéssemos conhecimento de outras modalidades como: períodos integral e clínica-dia.

Os integrantes da equipe não precisavam ser terapeutas ocupacionais, podiam ser psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais e todos trabalhavam com atividades. O terapeuta ocupacional, como qualquer outro profissional, tinha uma função diluída de agente facilitador e construir modelos saudáveis de comportamento.

Eram elaborados cronogramas de atividades, que determinavam a rotina da comunidade, como o tempo de duração e os dias de cada atividade. Os pacientes eram separados em grupos (crianças, púberes, adulto-jovem) e cada grupo participava de atividades domésticas, psicopedagógicas, recreativas, atelier, grupos operativos etc. Para serem realizadas estas atividades, utilizávamos ambientes como: cozinha, sala, jardim, quintal etc.

3. *Uso de atividade na Comunidade Terapêutica*

A Comunidade Terapêutica tinha o objetivo de “modificar a estrutura hospitalar, fechada, autoritária, paternalista, injusta, repressiva, desumanizadora, marginalizadora” (Adroaldo Modesto Gil, 1983). Mas tinha, também, através da atividade, a intenção de conseguir êxito na sua abordagem biomédica.

Nomeados de atividades, os programas terapêuticos tais como: atelier (desenho, pintura, modelagem etc.); culinária; jogos (memória, dominó, dama etc.); música; passeio; TV; lanche; grupo operativo, tinham um objetivo preestabelecido como: aumentar o nível de tolerância à frustração, seguir regras (jogos); buscar a identificação (música); expressar sentimentos, ajudar pacientes introvertidos (atelier); etc. Esses programas usando as atividades como recursos terapêuticos, verbais e não-verbais, buscavam principalmente que os pacientes encontrassem nos integrantes da equipe profissional identificações sadias e integradas. As atividades eram sempre realizadas em grupos e podia ser uma única atividade para todo o grupo ou cada membro do grupo realizando uma atividade. Os integrantes da equipe não tinham de ser terapeutas ocupacionais, podiam ser psicólogos, educadores físicos, assistentes sociais etc. O terapeuta ocupacional, como qualquer outro profissional, tinha a função de agente facilitador.

Dessa forma, as atividades feitas no regime ambientoterápico estavam dentro do programa de eliminação de sintomas para uma reinserção social. Depois de conhecedoras da técnica das trilhas associativas, sabemos que a Terapia Ocupacional está preocupada com a “inserção social”. Em Terapia Ocupacional procura-se trabalhar a construção do cotidiano, inserindo apesar dos sintomas.

Nas atividades realizadas atualmente com os nossos pacientes vemos que qualquer uma pode ser instrumento terapêutico, desde que compreendida dentro da relação paciente-terapeuta-atividade. Observamos também que durante o processo de realização das atividades a observação

do terapeuta está direcionada para a possibilidade de associações. Compreendemos que não existe Terapia Ocupacional de uma só atividade, o que às vezes acontece na Comunidade Terapêutica com determinados pacientes.

4. *Atividades como instrumento na Terapia Ocupacional*

“Atividade é o terceiro termo de uma relação que ocorre a partir do pressuposto de que existe um terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer Terapia Ocupacional”. (Benetton, 1994).

As atividades, instrumento básico na experiência com a terapia ocupacional, são parte integrante de uma tríade. A dinâmica nessa relação sustenta uma fazer construtivo afastando o ocupar-se das abordagens clássicas da psiquiatria.

“Opõe-se ao uso de atividades para ‘atacar’ sintomas e como mecanismo de adaptação do paciente ao hospital psiquiátrico. Benetton (1989) concebe a Terapia Ocupacional como processo de comunicação que se opera através da tríade terapeuta-paciente-atividade... A terapeuta não acredita que os significados simbólicos das atividades e do processo de sua realização possam ser conhecidos ‘a priori’. Para ela, a psicodinâmica dos indivíduos torna muito particular o processo de realização das atividades que, nessa medida, pode tornar-se instrumento de comunicação. Dessa forma, além do que pode perceber a história e da simbologia, o terapeuta deve levar em conta alguma indicação dada pelo próprio paciente sobre o significado de tal atividade. Sem o contar a história, uma associação, ou mesmo uma demonstração de sentimentos; essa atividade e sua representação simbólica deverão ficar guardadas para um tratamento posterior.” (Benetton, 1999).

5. *Uma experiência pessoal*

Na Comunidade Terapêutica, fazíamos junto com os pacientes várias atividades, mas, a necessidade de pensar atividades com os pacientes levou-nos a experimentar fazer atividades. Começamos com pintura depois bordado em ponto de cruz, colagem, tapeçaria, costura, atividades culinária e assim por diante.

A primeira atividade, pintura a óleo em tela, foi iniciada por uma motivação infantil. Queríamos começar aprendendo uma técnica e, para isso, procuramos uma professora que me ensinava uma vez por semana, uma hora

Optamos por pintar rosas e a professora logo passou a ensinar a técnica para tal pintura; treinávamos no isopor e só então passava para a tela. O primeiro quadro, pintado na presença da professora, permitiu-nos perceber que podíamos pintar em casa, trazendo para sua apreciação o trabalho realizado. Os três primeiros trabalhos foram dependurados na parede do quarto, lugar mais reservado.

Passamos a gostar muito de pintar e, sempre que possível, essa atividade era realizada em casa. A professora entretanto, ainda era necessária. Passamos a ousar e a inovar, inventar técnicas, adaptar materiais etc. Mudamos o tema de rosas para girassóis, depois para margaridas e até para paisagens. O resultado foi tão bom que foram para a parede da sala, bem à vista de todos.

Achamos que poderíamos tentar outras atividades, e em toalhinhas de mão fizemos ponto de cruz com as receitas de revistas... O resultado foi satisfatório mas, observamos que para essas atividades era necessária uma dose maior de tolerância e paciência. A percepção comparativa resultou numa preferência maior pela pintura. Continuando a realizar atividades descobrimos a de culinária.

Tivemos nesse período a oportunidade de estabelecer uma relação entre essas atividades e as que desenvolvíamos no curso de especialização do C.E.T.O. As duas vias das atividades, ensino e aprendizagem, abriram trilhas para abertura de diferentes "fazeres". Todas as atividades realizadas fizeram com experimentássemos o gosto e, o desgosto, a identificação, a rejeição, a projeção e, sobretudo, descobrimos a possibilidade de associá-las.

Depois disso, agora, primeiro avaliamos o que o paciente gosta, levando sempre em conta o contrato do terapeuta ocupacional com o paciente que é de fazer atividades.

Às vezes, o paciente tem medo de experienciar o novo, de sair do enclausuramento de seus delírios e da simbiose. Para isso, o terapeuta pode ensinar atividades ampliando de forma cuidadosa espaços de conhecimento.

O paciente normalmente não tem referência de valor das atividades e o terapeuta ocupacional é quem pode ajudá-lo, costurando valores intrínsecos e extrínsecos do fazer.

Utilizando a técnica de trilhas associativas, pedimos que o paciente apresente as atividades que incluirá na sua trilha, através de uma consígnia, por exemplo o que mais gosta ou os mais bonitos. Entre os que deram mais prazer em fazer, ou menos; as mais difíceis e, a relação que tais atividades têm com o grupo, e ou com o terapeuta; estamos construindo uma narrativa histórica.

As associações vão sendo feitas normalmente do "agora" com o "passado".

"As trilhas associativas são procedimentos de Terapia Ocupacional cujo estudo e desenvolvimento têm como base a relação triádica (terapeuta-paciente-atividade). Tecnicamente, elas têm como principal característica o processo de agrupamento e associação das atividades feitas na Terapia Ocupacional." (Benetton 1994)

Caso clínico

Escolhemos o caso clínico por ter o início do tratamento coincido com a época que fazíamos experiências com as atividades e bem próximo de quando começamos o curso de especialização do C.E.T.O. Apesar de não termos construído trilhas neste caso, as sessões de terapia já demonstram uma evolução.

Apresentando o "Caso"

P. tem 19 anos. É adotado e mora com os pais adotivos. Estudou até a 4ª série (ensino fundamental). Fez acompanhamento clínico psiquiátrico dos 7 aos 10 anos de idade, onde esteve também na Comunidade Terapêutica onde trabalhávamos. Apresentava alucinações auditivas e delírios persecutórios, dificuldade na socialização e lentidão na maturação de funções intelectuais específicas para a aprendizagem escolar.

Em fevereiro de 1996, então com 15 anos, foi-nos encaminhado pelo psiquiatra (único profissional a acompanhá-lo em tratamento neste período), pois tinha medo das pessoas, de sair de casa; extremamente dependente nas AVD's, não estudava e passava todo o tempo em casa comendo (pesava em torno de 120 kg). Em algumas situações era agressivo com os pais, agredia-os fisicamente, manipulava-os, procurava controlar o ambiente em que vivia, além de apresentar dificuldade para seguir regras e limites. Fazia uso de várias medicações antipsicóticas.

O nosso contrato, a princípio, foi para três sessões individuais por semana; depois de um ano passamos para duas sessões individuais e uma em grupo.

Como atitude geral *P.* nunca quer fazer nenhuma atividade. Esse não querer sempre nos remete ao contrato de fazer atividades em Terapia Ocupacional. Quando decide fazer atividades, quase sempre são desenhos de uma mesma coisa (uma casa).

Passa todo o tempo falando, perseverando nas mesmas perguntas. Só pára de falar quando o limitamos através do ensinar alguma atividade. Nesse momento fica observando e algumas vezes faz a atividade. Muitas vezes sentimos que esse "fazer" está destituído de desejo ou motivação.

Levanta sempre a questão de que é impossível que gostemos dele, porque ele é gordo e moreno e reclama de ter que pagar a terapia. Essa resistência entretanto não o afastou do fazer atividades tais como: atividades com papel jornal, pintura cerâmica, confecção de cartão, colagem e outras.

Sempre rejeita atividades como as que envolvem escrita e leitura, pois tem receio de ter que voltar à escola. Percebe que o "fazer" demonstra sua melhora, é como se fosse a avaliação de estar bem. Não quer levar, em geral, as atividades para casa. Quando resolve levar, a família não valoriza (Ex.: resolveu presentear o sobrinho que nasceu com um cartão que ele fez; a mãe achou um pouco "bobo" o que estava escrito e termina sem encontrar o cartão e dá então uma roupa no lugar do presente). Na visão dos pais o "fazer" dele está marcado por um caráter infantil e tudo o que ele faz é visto sem capacidade, sem utilidade; ênfase para P. que poderíamos fazer coisas com mais forma, cuidado com os detalhes.

Exemplo de algumas sessões de terapia ocupacional no decorrer dos últimos quatro anos

4/2/1998

Como de hábito, não demonstra muita motivação, a princípio, para fazer atividades e diz logo que não pretende fazer nada, pois está com sono e quer ficar apenas sentado no sofá. Digo que ele pode sentar-se, mas que gostaria de lhe mostrar o material que eu trouxe para o consultório e que pretendo transformá-lo em algum objeto. Ele diz que eu estou "querendo transformar a sucata em algo útil, como nesse momento quer que eu vire alguma coisa boa também; vai ver que eu não sou bom mesmo, por isso sou adotado".

Não faço maiores comentários e digo que gostaria que ele me ajudasse com alguma idéia. Fica calado e pensativo, enquanto eu começo a organizar o material sobre a mesa. Ele levanta e aproxima-se da mesa, pega uma embalagem de frutas e quer pintar de azul. Eu mostro que tem outras cores que podem ser usadas, mas azul está faltando. Desiste, então, já que não tem a tinta; faço a sugestão de

colarmos pedaços de papel azul na embalagem, ele rejeita a idéia, mas ao ver que em outra embalagem eu começo a colar pedacinhos de papel azul, ele gosta e aceita fazer essa atividade, em seguida decide usar várias cores.

Quando nossas atividades ficam prontas, pergunta se eu teria coragem de trocar para "sempre" as cestinhas e levar a que ele fez para minha casa e dizer que fui eu quem a fez. Pergunto: por que isso? Ele diz que a minha ficou mais bonita e a dele feia. Digo: você quer me dar a sua cesta porque ficou feia? "É isso mesmo. Eu e todo mundo não gostamos do que não presta, a gente quer o que é bonito. O que não é bom a gente não dá." Pergunto se é possível que ele tenha sido adotado, isto é, foi dado? Faz uma expressão triste e, pela primeira vez, começa a falar comigo sobre a adoção; o medo dos pais adotivos não o amarem suficientemente para ficarem sempre com ele, e do sofrimento que sente.

No término da sessão, eu digo que aceito ficar com sua cesta, mas direi às pessoas que não foi feita por mim, direi a verdade e eu e os outros teremos pela cesta o mesmo carinho e distinção que tenho pelas minhas coisas.

8/7/1999

P. chega à recepção da clínica e, enquanto espera seu horário, fica fazendo barulho (bate palmas, fala alto), tenta irritar a secretária, coloca o dedo no nariz sem nenhuma cerimônia e, por fim, diz a uma moça que aguarda seu dentista que ela parece um homem.

Peço para P. entrar, como ele demora muito interfone e a secretária me diz que ele está sendo grosseiro com uma cliente da clínica e ela não sabe como detê-lo. Vou a seu encontro na recepção, olho para ele e com voz firme digo que entre para seu atendimento ou então volte para casa, e sem esperar a resposta volto à minha sala. P. comenta com a secretária e seu motorista: "Agora vou entrar, essa mulher é macho mesmo."

No consultório não toca no assunto e pede para terminar um desenho que havia começado na sessão anterior.

31/1/2000

A sessão de P. é em grupo. Pegou um papel e canetas mas nada fez. Passou todo o tempo comparando a quem eu dou mais atenção. Diz que eu gosto mais dos

outros do que dele. Tentou que um dos integrantes do grupo se irritasse, para isso ficou repetindo as palavras dos delírios persecutórios desse integrante.

Durante a sessão, disse preferir fazer atividades sozinho ou comigo. Peço que escolha alguma atividade para fazer, ele diz que nada lhe interessa. Mostro a ele o desenho de outro integrante do grupo. Ambos olham o desenho. P. diz que não parece com nada; o outro diz ser uma bandeira e que se ele soubesse fazer melhor, conseguiria fazer a atividade do grupo.

Pega o desenho e complementa, transformando o desenho em outra coisa (uma banca de picolé).

26/3/2000

P. pede para jogarmos, pergunto que jogo ele quer e mostro as diversas opções:

P: - Ninguém agüenta jogar comigo!

T: - Joga bem?

P: - Não. É que não sigo as regras do jogo, nem presto atenção, nem ligo para quem está jogando comigo e nem vou ligar para você.

Percebo pelo tom de voz que P. está mais agressivo.

P: Por que tenho idéias estranhas e tenho medo, tenho de vir a essas sessões e fazer essas atividades?

T: Eu entendo que você ache ruim e sofra com tudo isso. Já sei de suas dificuldades, mas agora eu quero ver o que você pode fazer. Vamos jogar?

P: Eu quero jogo de memória.

Em outra situação P. está fazendo um desenho com hidrográficos e torna a perguntar:

P: Por que tenho que vir às sessões?

T: Eu já te respondi.

P: É, eu sei, você quer ver o que eu consigo fazer.

30/3/2000

P. diz ter vontade de pintar uma tela com tinta a óleo, mas não sabe fazer e pede minha ajuda. Durante algumas sessões fizemos a tela que retrata um carro. Ao terminarmos ele exclama:

“Fizemos algo, vou dar a meu amigo motorista!”

Percebo que P. passa a dar sentido ao que faz e a relação (triádica) torna-se significativa para ele.

No decorrer das sessões pode-se perceber o quanto esse paciente tem necessidade de limites, de persistência de conduta e ele sabe que tem isso comigo. Com isso, as atividades podem ir sendo sugeridas, realizadas e modificadas.

Esses são os primeiros passos para futura construção de trilhas, quando P. menos resistente aceite conversar sobre o que faz, como faz e por que faz.

Conclusão

“O motivo da exclusão do fenômeno da cura da ciência biomédica é evidente. É um fenômeno que não pode ser entendido em termos reducionistas.”

As atividades em Terapia Ocupacional, na minha experiência, vinham sendo definidas como um recurso, uma intermediação, um objeto intermediário e só agora passaram a ser um instrumento terapêutico. Ganham um lugar definitivo na minha prática.

Finalizo ciente de que o terapeuta ocupacional propicia, adapta, ensina e incentiva a construção de novos caminhos.

Referências Bibliográficas

- BENETTON, J. - *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo: Lemos Editorial, 1991.
- BENETTON, J. - *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da Terapia Ocupacional*, 2ª edição., São Paulo: Diagrama e Texto - C.E.T.O., 1999.
- BENETTON, J. - *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental*. Tese (doutorado). Campinas-SP, UNICAMP Editora, 1994.
- BENETTON, J. - *Apostila fundamentos de Terapia Ocupacional II*. São Paulo, 1997.
- CAPRA, F. - O modelo biomédico. In: *O ponto de mutação*. São Paulo: Ed. Cultrix, 1992. pp. 116-155.
- JEAN-GUY Jobim, M. Sc. - *Da atividade o que pode ainda ser dito*. Revista do C.E.T.O. São Paulo-SP, Ano 4, n. 4, p. 17, 1999.
- KNOBEL, Maurício & SAIDEMBERG, Sílvia. - *Psiquiatria e saúde mental*. São Paulo: Ed. Autores Associados, 1983.
- MANTOAN e colaboradores., Maria Teresa Eglée. - *A integração de pessoas com deficiência*. São Paulo-SP: Editora Memnon.

Falha no Projeto

ATIVIDADES RECONSTRUTORAS NUM GRUPO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Autores

Cristina Pinheiro de Sousa *

Regina Célia de Brito Jorge **

* Terapeuta Ocupacional, Especialista em Terapia Ocupacional em Saúde Mental pelo C.E.T.O., Formação em Psicologia e Psicoterapia da Infância.

** Terapeuta Ocupacional, Mestranda em Psicologia e Subjetividade, Especialista em Terapia Ocupacional em Saúde Mental pelo C.E.T.O., Especialista em Educação Especial: Deficiência Mental e Distúrbio de Aprendizagem, Aperfeiçoamento no Método Bobath-Neuroevolutivo e Método Kabath-Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva.

Palavras-chave

Grupo
Reconstruções
Setting
Terapeuta Ocupacional

Resumo

O artigo trata da forma trilhada e da abordagem teórico-técnica empregada em Terapia Ocupacional para um grupo de adolescentes portadores de alterações cognitivas.

Introdução

O grupo que aqui descreveremos se reunia uma vez por semana em uma escola profissionalizante, destinada a adolescentes e adultos jovens, que por razões diversas, não encontravam na escolaridade regular estruturas de apoio que se adequassem à forma singular de seus processos de aprendizagem. A escola, além de um curriculum pedagógico adequado à problemática da cognição era acrescido de assistência em terapia ocupacional em grupo.

Este era orientado por duas terapeutas ocupacionais, em co-terapia, e era constituído por cinco adolescentes entre 14 e 20 anos.

Após as férias de julho de 1999 o grupo retomou suas atividades tendo como novidade a nova sala de Terapia Ocupacional. Nesse primeiro encontro após termos relatado nossas férias, passamos a conversar sobre a escolha das atividades a serem realizadas durante o mês de agosto. As terapeutas distribuíram revistas para que encontrassem algo que despertasse interesse ou que estimulasse a criatividade. Em uma revista havia uma matéria ensinando a técnica de restauração de móveis que despertou interesse. Uma das terapeutas sugeriu que fossem pintadas as mesas para a nova sala. A idéia empolgou a todos e passamos para a organização das atividades, e as etapas necessárias para a realização da pintura.

Inicialmente listamos o material e a seguir identificamos as diversas etapas da atividade: limpar, lixar, emassar, passar uma base branca e finalmente pintar com a cor escolhida.

Todos participavam empolgados.

Por outro lado, observamos que o grupo havia evoluído em relação aos primeiros meses de trabalho, quando os adolescentes mostravam-se desorganizados e desarticulados em relação ao "fazer", muitas vezes estando dispersos e sem motivação. A construção agora estava presente e não só em relação às atividades, mas também em relação à própria constituição do grupo.

Na semana seguinte iniciamos a realização das atividades. O grupo foi dividido em dois, pois iríamos pintar duas mesas. O grupo I foi constituído de três adolescentes e uma terapeuta; o grupo II por dois adolescentes e a outra terapeuta.

Após limparmos as mesas passamos para a próxima etapa da atividade de lixar. Para realizar tal trabalho o grupo II teve que desmontar as pernas da mesa utilizando a chave de fenda, fato que resultou em várias reclamações motivadas por aparentes dificuldades internas e externas que a atividade provocou. Os adolescentes diziam: “Eu não sei!...”, “Eu não consigo!”. Tais elementos devidamente trabalhados possibilitaram o finalizar dessa etapa com êxito. Em seguida esse mesmo grupo resolveu não mais utilizar uma haste que ligava as pernas da mesa, apesar da interferência de um integrante do outro grupo sinalizando que não daria certo. Esse grupo resolveu não dar ouvidos ao colega, e continuaram no que estavam fazendo.

Não deu certo!

Fez-se um silêncio...Todos ficaram paralisados como se tal problema não fosse passível de ser resolvido. Foi preciso a intervenção das terapeutas para mostrar-lhes o quanto era possível reverter o erro e a mesa assumir a sua forma original.

O tempo corria e todos participavam ativamente com intensa excitação. Os diálogos circulavam em torno das competências de cada um, ao mesmo tempo que denotavam o quanto cada um era exigente consigo mesmo. Resmungavam enquanto faziam:

- _ “Será que está certo?”
- _ “Será que vou conseguir?”
- _ “Estou cansado!”
- _ “Assim está errado!”

As terapeutas ficavam perplexas com tantas frases reafirmando inabilidades durante todo o processo do “fazer” destas atividades.

Concluída a etapa do lixamento iniciamos a segunda etapa das atividades, emassar, corrigindo os defeitos da mesa com massa acrílica. Esta fase tornou a atividade mais difícil, pois exigia maior destreza manual, atenção/concentração e a certeza interna de ter competências. O que aconteceu foi que, novamente, houve uma emersão maciça de medos e ansiedades em relação às competências individuais, acompanhadas de uma auto-exigência “espartana” por parte dos adolescentes. Não chegamos a questionar a indi-

cação dessas atividades, pois percebemos que a cada momento a assistência das terapeutas permitia a ultrapassagem das dificuldades.

Na sessão seguinte as mesas estavam emassadas e lixadas, chegando o momento das mesmas receberem a mão de tinta branca que serviria de base. Apesar de termos comprado a tinta errada resolvemos testá-la, iniciando pela mesa pequena. O efeito não foi o esperado, mas tal ocorrência foi vivenciada pelo grupo de forma extremamente tranqüila e prazerosa. Em seguida, como de costume, o material foi guardado e a sala arrumada por todos. Enquanto arrumávamos, Francisco (adolescente componente do grupo) entrou na sala com a lata de tinta na mão, aberta, olhando para o outro lado, enquanto Márcia (outra adolescente componente do grupo) vinha saindo. Acidentalmente eles se esbarraram e a lata de tinta (esmalte sintético) derramou em cima de Márcia sujando toda a sua roupa e sua sandália nova “dos Estados Unidos”, como dizia ela. Márcia ficou desesperada e chorava muito, como se não houvesse possibilidade de reverter “o desastre”. Acompanhada novamente pelas terapeutas, no banheiro limpou a roupa e as sandálias. À medida que a tinta ia saindo, Márcia ia se acalmando e ficando mais tranqüila, mas ainda muito enraivecida com o Francisco.

Francisco ficou estático, ruborizado, parecia em pânico. Inferimos dizendo que ele poderia estar dizendo para si: “Que monstro sou eu capaz de promover tamanho desastre.” Francisco é um adolescente muito agressivo e com poucos elementos introjetados de regras sociais. De paralisado no primeiro momento, Francisco começou a pedir insistentemente desculpas a Márcia, que não as aceitava, e isso fazia com que ele se desesperasse ainda mais. As terapeutas resolveram iniciar o processo de limpeza do ambiente com Francisco e os outros participantes, que se comportaram de maneiras diversas, uns saíram para longe do acontecido como se não fosse com eles, um apenas veio ajudar. As repercussões subjetivas do “desastre na sala de TO” foram amainando à medida que a sala foi ficando limpa. A sala foi voltando ao seu estado organizado e continente de manifestações regressivas.

As terapeutas, após o término da reorganização da sala, convocaram todos os elementos do grupo que estavam bastante dispersos, para fazer um fechamento, com intuito de possibilitar a introjeção da imagem do “setting” reestruturado.

Para Francisco, seria impossível sair dali sem essa imagem reparadora e sem as desculpas de Márcia, que apesar de relutante acabou por aceitá-las.

Os componentes do grupo saíram da sessão tranquilos, e posteriormente foi-se observando que em outras sessões uma maior tranquilidade existia diante de pequenos impasses.

Teorizando

Ressaltaremos aqui alguns aspectos desta sessão do grupo de Terapia Ocupacional, passíveis de análise.

O primeiro seria o aspecto rigoroso de como os elementos desse grupo avaliam as suas atividades. A partir da história de cada um desses indivíduos e dos relatos transmitidos pelos pais, foi-nos permitido inferir que o número de atividades malsucedidas durante o curso de suas vidas deve ter provocado marcas que os levam a pelo menos duas situações: a primeira de extrema exigência consigo mesmos, e a segunda, de negação total de suas dificuldades. Aos nossos olhos as duas hipóteses levam ao estado de impossibilidades e paralisia. Ao afirmarem constantemente: “Não consigo” ou “Já sei”, querem na verdade fechar as portas para novos aprendizados. No caso o grupo de Terapia Ocupacional, utilizando-se de atividades, possibilitou erros, reparações, desconstruções, construções e principalmente a possibilidade de vivenciar os processos de reversibilidade que são experimentados de forma tão catastrófica por indivíduos portadores de desvantagens. Talvez nenhuma outra forma de terapia possibilite tão eficazmente a costura entre objetividade e subjetividade, realidade externa e realidade interna, a esses indivíduos com poucos referenciais ou inscrições anteriores, levando-os a estabelecer, ampliar, espaços e/ou recursos diante de situações limites.

O segundo aspecto que pretendemos discorrer é sobre a qualidade de sustentação desses terapeutas que de forma muito ativa e livre possibilitaram o transitar entre realidades internas e externas; processos primários e secundários, conduzindo a certa estabilidade emocional e de trabalho. Dessa forma, é necessária ao terapeuta ocupacional uma formação continuada apoiada tanto na teoria da subjetividade como também o conhecimento e a intimidade com os processos de realização de atividades. Pensamos que a sessão acima relatada demonstra o processo de construção que a Terapia Ocupacional contém, e sem a qual deixa de ter sentido enquanto intervenção.

O terceiro e último elemento se refere ao setting e suas características.

Vê-se claramente que a sala de Terapia Ocupacional tem que ser um espaço aberto que possibilite investimentos em outros locais, isto é, em qualquer cenário que possibilite o estabelecimento da relação triádica. Nesse espaço todas as atividades são possíveis. Um espaço em que seja permitido ficar marcas das construções/destruições/reconstruções para os que ali passam. Lugar onde o “outro paciente” possa interferir e aproveitar os elementos ali deixados. Enfim um espaço de historicidades, aberto e/ou fechado, para a tríade e/ou para o(s) outro(s).

Para finalizarmos lançamos mão de uma citação de Benetton (1999), em seu livro, que sintetiza de forma muito competente o que tentamos acima ressaltar: “*Entrar e sair, como o de dentro e o de fora são em Terapia Ocupacional os termos de um jogo dinâmico que com humor, dor e construção nos deixa como herança uma história ilustrada por atividades.*”

Conclusão

Tentamos acima relacionar prática clínica e teoria, descrevendo a experiência em Terapia Ocupacional. Nosso objetivo é o de poder clarificar a nós e aos outros os aportes e experiências que fazem parte e enriquecem de forma *específica e singular* a nossa clínica.

Referências Bibliográficas

- BENETTON, J. - “A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental” - Tese (doutorado), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.
- BENETTON, J., - “Trilhas Associativas Ampliando Recursos na Clínica da Terapia Ocupacional”, 2ª edição, São Paulo: Diagrama e Texto/C.E.T.O.-Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, São Paulo, 1999.
- LEAL, L.G.P., - “Indagações sobre Concepção de Cenário em Terapia Ocupacional.” Revista de Terapia Ocupacional - C.E.T.O., São Paulo, Ano 4, No 4, 11 a 16, 1999.
- JOBIN, J. G., - “Da Atividade, o que Ainda Pode Ser Dito.” Trad. Regina Célia de Brito Jorge Revista de Terapia Ocupacional - C.E.T.O., São Paulo, Ano 4, N° 4, 17 a 26, 1999.
- FERRARI, S.M.L., - “Terapia Ocupacional Espaço de Narrativa entre forma e imagem.” Revista de Terapia Ocupacional, São Paulo, Ano 4, N° 4, 6 a 10, 1999.

A atividade na terapia do adulto psicótico; um meio em busca de sentido

Autores

Lyne Desrosiers*

Micheline Saint-Jean**

Transcrito de

REVUE QUEBECOISE

D'ERGOTHÉRAPIE, 1(1), 1992,32-37.

Tradução de Stella Maris Nicolau***

Resumo

Este artigo descreve um questionamento acerca da intervenção da terapia ocupacional em saúde mental, visando conceituar a função terapêutica da atividade junto ao adulto psicótico. Uma breve retomada da literatura sobre a utilização da atividade junto a estes pacientes é apresentada. Os resultados preliminares deste estudo são em seguida expostos. De acordo com a metodologia utilizada para este estudo, os casos clínicos e os elementos teóricos são apresentados para ilustrar o método indutivo que leva à elaboração conceitual.

Já no início do século, enquanto a terapia ocupacional ainda dava seus primeiros passos, reconhecia-se na atividade propriedades terapêuticas que beneficiavam os doentes mentais (Bing, 1981; Kielhofner, 1982). Reilly (in Johnson, 1981) traduz de maneira eloqüente o pensamento dos fundadores desta disciplina: "The man, through the use of his hands as they are energized by mind and will, can influence the state of his own health (1)" (pg.594). Esta visão (do "moral treatment") fazia surgir a Terapia Ocupacional no contexto norte-americano (Bing, 1981). Alguns anos antes, na Europa, Freud elaborava sua conceitualização de aparelho psíquico. Estes novos conhecimentos sobre o funcionamento do pensamento levaram ao desenvolvimento de uma nova abordagem para a cura dos que sofrem de problemas mentais: a psicanálise. (Freud, 1940).^{1,2}

Surgem assim duas vias, quase na mesma época. Uma baseada nas premissas segundo as quais o "fazer" possui propriedades terapêuticas e a outra favorecendo a palavra como principal mediador de mudança. Situar a terapia ocupacional e a psicanálise lado a lado desta maneira parece sem dúvida inconveniente. É preciso reconhecer que o desenvolvimento da primeira suporta mal a comparação com a segunda.

Searles (1986), cuja carreira consagrou ao tratamento de pacientes psicóticos, dirige-se aos terapeutas

*Lyne Desrosiers é terapeuta ocupacional do Hospital Notre Dame em Montreal e mestranda em ciências biomédicas no programa de terapia ocupacional da Universidade de Montreal.

**Micheline Saint-Jean é terapeuta ocupacional, docente do curso de terapia ocupacional da Escola de Readaptação da Universidade de Montreal e psicanalista, membro da Sociedade Canadense de Psicanálise.

***Stella Maris Nicolau é terapeuta ocupacional do Hospital-dia do Butantã da Prefeitura do Município de São Paulo.

ocupacionais em seu livro dedicado ao meio não-humano: "Um dos benefícios que temos é o de uma colaboração mais significativa entre psicoterapeutas e terapeutas ocupacionais (...) A terapia ocupacional, que precisamente implica o doente numa relação com o elemento não-humano (...), constituiu até aqui um domínio à parte, relativamente ao da terapia intensiva que se preocupa quase exclusivamente das relações do doente com ele mesmo e com o outro. E a psicanálise ainda não elaborou suficientemente as ferramentas teóricas que nos permitiriam estabelecer com os terapeutas ocupacionais uma colaboração mais rica de sentido. Gostaria que o presente livro contribuísse para tal", (p.374). Parece-nos justo acrescentar que a terapia ocupacional não tem também por sua vez contribuído de modo significativo para tal desenvolvimento teórico. Desde os trabalhos de Azima & Azima (1959), Fidler & Fidler (1963) e Mosey (1971) nota-se pouco desenvolvimento teórico no que se refere ao processo em jogo quando a atividade é utilizada como recurso terapêutico junto às pessoas que sofrem de distúrbios mentais. O presente artigo tem uma preocupação por essa questão e apresenta resultados preliminares de um projeto de pesquisa (2) que visa conceituar a função terapêutica da atividade (3) junto ao adulto psicótico.

Levada em consideração a natureza do estudo, uma metodologia do tipo qualitativo foi privilegiada. O fato de existirem poucos estudos na área da terapia do psicótico pela via da atividade dificultou um procedimento estrito de verificação de hipóteses. Esta pesquisa visa mais à elaboração teórica do que à validação das teorias já existentes. As estratégias de pesquisa privilegiadas permitem a elaboração indutiva e sistemática de conceitos e hipóteses a partir de dados empíricos seguindo a metodologia elaborada por Glaser & Strauss (1967), (4).

A análise de algumas centenas de fragmentos de sessões de Terapia Ocupacional, realizada sob o prisma da utilização da atividade pelo paciente psicótico (5), permitiu até o momento identificar diferentes funções da atividade no processo terapêutico com estes pacientes. Estas funções são reagrupadas sob as seguintes categorias: 1) a formação da relação terapêutica; 2) a regulação da relação realidade interna / realidade externa; e 3) suporte à formação de representação e à mentalização. A primeira parte deste artigo constará de um levantamento bibliográfico acerca da utilização da atividade como recurso terapêutico. Na segunda parte, teoria e clínica darão conta de elaborar diferentes categorias.

Levantamento Bibliográfico

Alguns autores (Benedetti, 1987; Boustra, 1987; Erikson, 1940; Freud, 1980; Kalf, 1973; Klein, 1974; Pankow, 1984; Sechehaye, 1954) vindos do campo da psicanálise, particularmente os preocupados com o tratamento de distúrbios mentais severos como os estados limites e a psicose, interessaram-se pela utilização de certos tipos de atividades na psicoterapia. Diante de um funcionamento psíquico pouco desenvolvido como o da criança, ou ainda regredido como o do psicótico, muitos psicoterapeutas flexibilizaram o enquadre tradicional e reconheceram a pertinência de introduzir um recurso suplementar à palavra, como o jogo e as atividades expressivas. A teorização proveniente do campo psicanalítico, resultada destes trabalhos, sobretudo contribuiu para uma melhor compreensão do funcionamento psíquico das pessoas mais profundamente acometidas. Por outro lado, houve pouca tentativa de teorização formal no que se refere ao papel da atividade no tratamento do adulto psicótico. Sendo assim, pouco se conhece dos processos que se desencadeiam quando esta se insere no processo terapêutico, tanto do ponto de vista psíquico como do ponto de vista da relação com o terapeuta. Porém, tanto o engajamento numa atividade como numa psicoterapia pertencem à ordem de um processo, e em terapia ocupacional são estes dois processos que estão amalgamados, tornando-se interdependentes, modificando-se um ao outro.³

Em terapia ocupacional, encontramos na literatura algumas tentativas de desenvolver este campo de conhecimentos. Fidler & Fidler (1963) procuraram delimitar o papel da atividade no processo terapêutico com a clientela psiquiátrica e identificaram diferentes propriedades terapêuticas. Como Azima (1959), eles desenvolveram a dimensão da comunicação do conteúdo inconsciente das produções, da expressão e da gratificação de necessidades. Eles também tentaram teorizar acerca da utilização terapêutica da atividade na perspectiva das teorias psicanalíticas da relação objetal. É preciso, entretanto, ressaltar que seus esforços para conceituar esta dimensão parecem fortemente minados pela confusão na utilização do conceito de objeto, pois este é utilizado em alguns momentos no seu sentido psicanalítico e em outros momentos para designar a produção do indivíduo, ocasionando uma inconsistência no plano conceitual. Mosey (1971) por sua vez, ressaltou a exploração dos símbolos ilustrados através das produções. Na abordagem que ela propõe, o processo da atividade é em si mesmo pouco

utilizado na terapia. O objeto central da análise consiste no conteúdo e nas associações advindos do produto da atividade. Além do que, a questão do papel da atividade na relação terapêutica não é discutida por esta autora.

No modelo teórico das abordagens neuro-desenvolvimentistas, o potencial terapêutico da atividade no tratamento dos pacientes esquizofrênicos foi explorado por King (1974). Nesta abordagem é o aspecto fisiológico da atividade que é maximizado para produzir um efeito terapêutico. A dimensão psicológica inerente à produção de um objeto e o lugar que este fenômeno ocupa na relação terapêutica não é considerado.

Alguns estudos, nos anos 80, tentaram fazer uma correlação entre certas atividades e as respostas afetivas que elas suscitam (Carter, Nelson & Duncombe, 1983; Chun & Davison, 1987; Kremer, Nelson & Duncombe, 1984; Nelson, Thompson & Moore, 1983). Contudo estes estudos mediram o efeito da atividade fora do contexto de terapia, utilizando estudantes como sujeitos, ou então nas terapias de grupo onde a escolha da atividade era imposta aos participantes, esvaziando toda a sua dimensão significativa. Além disto, o lugar da relação terapêutica não foi considerado.

Em seguida, os desenvolvimentos teóricos em terapia ocupacional acerca das virtudes terapêuticas da atividade junto aos que apresentam distúrbios mentais parecem ter sido abandonados. Com o modelo de ocupação humana de Kielhofner, o caminho para aprofundar o potencial terapêutico da atividade deu lugar a uma conceitualização desta no contexto geral do modelo de ocupação humana (Kielhofner, 1983). Etienne (1988), por sua vez, abriu uma via para a reflexão sobre o processo experimental inerente ao engajamento numa atividade, e ressaltou seu papel no crescimento do ser humano. Seus escritos, todavia, não se dirigem a uma abordagem específica com psicóticos.

As proposições teóricas que se seguem tentam delimitar o potencial terapêutico da atividade no trabalho com pacientes psicóticos. Conforme a metodologia utilizada para este estudo, os resumos clínicos (unidades fenomenológicas) e os elementos teóricos são apresentados em ressonância para ilustrar o método indutivo que leva à elaboração conceitual.

Conceitos Teóricos

1) A formação da relação terapêutica: Jason

Esperando a terapeuta ocupacional, Jason se refu-

gia no banheiro do ambulatório. É neste lugar que ela deve ir procurá-lo todas as semanas antes de começar a sessão. Ele vem regularmente a cada segunda-feira fazer uma "atividade", ele vem regularmente a cada segunda-feira se deixar domesticar.

A doença mental, e particularmente a psicose, têm como consequência mais dramática às pessoas que dela sofrem, a limitação de sua capacidade de entrar em relação. O estabelecimento de uma relação com estes pacientes representa uma das dimensões mais críticas, mas também uma das mais capitais para a instauração de qualquer tratamento.

Absorvido por sua atividade, sozinho consigo mesmo, Jason quase não fala. Quando a terapeuta se dirige a ele, sua reação é de susto, dando a impressão de que seu interlocutor acaba de aparecer subitamente. Outras vezes, é como se a terapeuta não existisse mais, como se ela desaparecesse de seu universo. Quando esta se manifesta por algumas palavras, Jason sobressalta, como se alguém o viesse acordar de um sono, como se ele voltasse de outro lugar, onde a terapeuta não o pudesse seguir. Este mundo onde ele se refugia é o mundo da atividade. Esta assume em alguns momentos o valor de retirada, inerente das defesas psicóticas. Para Jason, o refúgio na atividade ou o refúgio autista lhe asseguram uma proteção da mesma natureza: desligar-se do exterior para fugir da ameaça que o contato com o outro representa.

Quando ele se desloca no atelier para ir aos armários ou voltar para o seu lugar, ele contorna a terapeuta fazendo imensos desvios. Pode-se quase sentir fisicamente o espaço intransponível que ele cria entre si e sua terapeuta, lembrando dois imãs que se repelem sob efeito da proximidade de seu campo magnético. Para Jason a relação com a terapeuta ocupacional é precária. Quando ele consegue mantê-la viva no seu universo, ele deve, contudo mantê-la à distância. Quando termina a atividade, Jason pede para ir embora porque há de repente um vazio entre ele e sua terapeuta. Ele não consegue suportar o prosseguimento da sessão porque o "demasiadamente próximo" da troca estritamente verbal torna-se insuportável. As palavras constituem para ele um lugar de proximidade muito assustador; falar implica necessariamente um locutor e uma relação com o outro, assim como fazer uma atividade oferece a possibilidade de se subtrair desta relação (Saint-Jean & Desrosiers, 1992).

Se Jason pôde continuar vindo à terapia, se ele pôde tolerar a presença do outro e mesmo conseguir começar a se abrir para o mundo, é porque havia um espaço, um jogo

entre ele e a terapeuta ocupacional, no interior do qual ele podia se movimentar, aproximar-se ou afastar-se.

Segundo Racamier (1973), a continuidade da relação terapêutica é a cada instante ameaçada. O paciente psicótico confronta-se constantemente com o paradoxo de estabelecer um contato com o mundo tentando sobreviver à ameaça constante deste através da fuga no autismo (Desrosiers, 1988). Letarte (1983) acrescenta que é preciso encontrar com o paciente psicótico a distância ótima. Bour (1970) sublinha que a introdução de objetos pode facilitar de maneira importante a comunicação junto a estes pacientes. Ele afirma que estes objetos podem agir como catalisadores no estabelecimento da relação terapêutica.

Quando necessita de ajuda para prosseguir sua produção, Jason não tem outra escolha do que dirigir-se à terapeuta ocupacional. Quando ele se sente capaz para fazê-lo, ele se dirige a ela pela via indireta da atividade. "O que é preciso fazer agora?". O único contato que ele consegue estabelecer deve acontecer intermediado pela atividade. Em outros momentos, quando ele está mais frágil, a atividade representa um espaço onde ele pode se abrigar. A atividade lhe serve de escudo. Ele escolhe atividades que ele conhece bem, materiais que ele domina, de maneira a prescindir da terapeuta ocupacional e assim manter uma distância confortável. "Tão logo o doente, mobilizado pela cura, deixa a posição de equilíbrio e de indiferença onde ele se fixara, ele se entrega a uma série oscilante de aproximações seguida de recuos e desinvestimentos.", (Racamier, 1973).

Gradualmente, Jason utiliza com mais frequência seu trabalho para tentar reaproximações com a terapeuta. Utiliza-se cada vez menos da atividade para dela se proteger. De uma ausência de relação do início, ele consegue tolerar progressivamente a presença de outro e iniciar uma relação graças ao espaço tampão, este entre-dois que representa a atividade. Pouco a pouco seu trabalho o leva a falar de si. Ele aceita dividir com a terapeuta as associações que suscitam seu engajamento na atividade. Este trabalho terapêutico em torno da questão da relação traduz-se por pequenas mudanças na vida relacional de Jason. Depois de longos meses de terapia, certos índices levam a crer que ele começa a romper seu isolamento. Ultimamente, o telefone apareceu no seu universo. Ele compra telefones a todos os membros de sua família. Ele fala com sua terapeuta por telefone e também se comunica com sua mãe no final da sessão através do telefone do atelier. Faz compras pelo telefone; ele está restabelecendo a comunicação! Mas lhe falta ainda um terceiro...

2) *Regulação da relação realidade interna/realidade externa: Monique*

Monique entra e sai do atelier. Quando lá está, ela esgota recursos materiais que parecem quase inesgotáveis. Ela escolhe materiais dispendiosos, termina rapidamente sua "tarefa" e oferece suas produções a quem as queira. Monique deixa a sessão à menor frustração. O meio deve estar em perfeita correspondência com seus desejos e moções pulsionais senão ela foge, mostrando-se incapaz de postergar a gratificação. Através de todos os componentes das atividades que ela realiza, observa-se que suas ações, suas verbalizações e o conteúdo de suas produções estão inteiramente submetidos às demandas de sua realidade intrapsíquica e não deixam lugar algum à realidade externa.

O engajamento numa atividade comporta duas dimensões que poderiam ser ilustradas como dois pólos entre os quais se estende um continuum. Num extremo situa-se a dimensão subjetiva, vinda da realidade interna do indivíduo quando este se engaja numa atividade. Esta dimensão comporta o aspecto afetivo, projetivo e simbólico da atividade. Trata-se de aspectos mais elásticos, mais flexíveis que se modelam às exigências da vida intrapsíquica. Quando o engajamento se situa no extremo desse pólo, a atividade é dominada por moções pulsionais, idéias delirantes, fantasmas. No caso de Monique descrito acima, a atividade está totalmente regida por demandas intrapsíquicas e esvaízia todo contato com a realidade externa. Tudo o que ela "faz" e a maneira como ela o faz, está permeado por sua avidez, por seu modo de se relacionar regido pela gratificação imediata. O conteúdo das produções representa o delírio bruto.

No outro extremo do continuum encontra-se o pólo da realidade exterior ao indivíduo, da dimensão objetiva da atividade, comportando suas regras, seus componentes sensoriais. Assim, para realizar um projeto de costura, é preciso cumprir uma seqüência que dificilmente pode ser modificada. Além do que, o indivíduo que realiza esta atividade recebe informações do mundo exterior pelas diversas sensações produzidas por seu contato com os materiais. Esta parte da atividade é rígida e vem introduzir no processo terapêutico o componente da realidade externa. Nesta posição há pouco lugar para a realidade interna do sujeito que realiza a atividade.

Ao contrário de Monique, outros pacientes psicóticos apresentam um quadro diferente no início do

tratamento em terapia ocupacional. Invasidos por sua realidade interna, amedrontados por suas pulsões, eles interdita-ram à terapeuta toda referência que poderia evocar esse mundo assustador. A única relação tolerável com a atividade deve estar ligada aos procedimentos técnicos a seguir. A terapeuta ocupacional só está autorizada a intervir na condição de limitar sua ação neste nível. A menor transgressão desta regra pela terapeuta representa para estes pacientes o risco de serem totalmente submersos pela angústia. É preciso manter o assustador no exterior sob pena de parada prematura da atividade, da sessão e mesmo de pôr em perigo a relação terapêutica. A dimensão intrapsíquica deve ser retirada do processo para dar todo o lugar ao que está no exterior, ou seja, manter a atividade no pólo da realidade externa. Mantida nesta posição, a atividade lhes oferece apaziguamento. Eles dirão: "Fazer este projeto, isto me impede de pensar!"

A confusão que existe entre a vida psíquica e o exterior seria, segundo Segal (1987), um dos traços característicos da psicose. A atividade, graças a sua estrutura polarizada, fornece ao terapeuta um recurso adaptável para ajudar o psicótico a restabelecer as fronteiras entre o mundo exterior e sua realidade interna. De qualquer forma, a atividade seria um instrumento plástico que permitiria ser modelada pelos terapeutas e pacientes no decorrer do processo terapêutico, o qual pode iniciar-se num destes dois pólos segundo as necessidades do paciente psicótico. A atividade pode permitir tanto o contato com a realidade como a expressão do mundo intrapsíquico. Se se persegue a metáfora do eixo realidade externa/realidade interna, o suporte da atividade permitiria ao terapeuta ajudar estes pacientes a deslocarem-se sobre este eixo com mais flexibilidade.

Com Monique, o trabalho, sobretudo, consistiu em aproximar-se do centro deste continuum. Se num primeiro momento era preciso introduzir a realidade externa pela via indireta das regras da atividade, mais tarde, quando seu mundo interior tornava-se mais ameaçador, ela se refugiava neste pólo. Era uma época dominada pelas resistências. Cada vez que a atividade se tornava um reflexo demasiadamente vivo de seu interior, que a vida psíquica se exprimia através desta, Monique passava a se preocupar com o aspecto técnico da atividade preocupada em dominá-lo. Assim, a preocupação com o trabalho bem-feito constituía para ela uma resistência a prosseguir o trabalho terapêutico.

Manter a atividade muito próxima do pólo externo ao longo de todo o processo, além da necessidade ditada pela evolução do paciente, pode comprometer a terapia. De

fato, tal manejo consistirá essencialmente numa preocupação com as regras da atividade esvaziando-se a dimensão afetiva. Este tipo de engajamento numa atividade, onde a objetividade e as técnicas dominam totalmente a realidade interna, consistirá na aprendizagem de habilidades e no desenvolvimento de performances, mas não se constituirá num verdadeiro processo terapêutico. Por outro lado, deixar a atividade se desenrolar no extremo do pólo da realidade interna pode não somente abortar o processo terapêutico, como também contribuir para aumentar uma angústia que pode tornar-se esfaceladora para o psicótico.

O movimento sobre este eixo, indo de um lado ou de outro, deve servir às necessidades do manejo terapêutico. Como uma incessante ressaca, quando Monique ia e vinha sobre este eixo, a terapeuta a auxiliava a reduzir esta oscilação introduzindo, através da atividade, a perspectiva do pólo de onde ela tentava fugir. Gradualmente esta oscilação se fazia menor e ela era capaz de ficar no centro do eixo, isto é, dar lugar à expressão de sua vida psíquica sendo capaz de dar conta das exigências da realidade externa.

3) Suporte à formação da representação e mentalização: Claude

Logo no primeiro encontro, Claude informa à terapeuta: ele não quer fazer atividade, ou melhor, nenhuma atividade além da de falar. Entretanto, sentado à sua frente, ele não pode nada lhe dizer, ele só consegue suspirar para evocar seu mal interior, para comunicar suas angústias. Ele não sabe como lhe falar do que se passa no seu íntimo. Trata-se de um mundo do qual ele mesmo ignorava a existência até seu primeiro episódio psicótico há perto de dois meses. Deste mundo ele não conhece quase nada, não tem palavras para dele falar, nunca o tinha representado. Ele só tem seus afetos ligados a seu sofrimento que ele é incapaz de traduzir e que não têm sentido para ele.

Apesar das resistências que ele exprimira em relação à atividade, o desenho lhe é proposto como uma tentativa de dar forma ao que ele sente. Coisa surpreendente, ele aceita agora de bom grado. Rapidamente sua angústia toma figura sobre a folha: é um conjunto caótico de linhas emaranhadas. Claude hesita, desenha por sobressaltos, mobilizado por afetos de tristeza e desespero. Ele termina dizendo "É isto!". Este desenho que ele estendia à terapeuta deixava ver com o que se parecia sua inominável angústia.

P. Aulagnier (1981) afirma que o afeto do paciente psicótico nunca está ligado a uma representação, a uma

imagem, a um fantasma. Este último consiste na formação de imagens, de representações mentais. Ele se constitui numa tentativa de explicação da angústia e permite dar um sentido à experiência do sofrimento. A atividade fantasmática teria como tarefa fazer uma mediação entre o sofrimento e a realidade. O psicótico está preso a angústias que não têm sentido para ele. Trata-se, segundo a autora, do fracasso na formação de fantasmas. Ela acrescenta: "É neste momento que se impõe esta abordagem que eu qualifiquei de necessária: propor a este sujeito um quadro que 'desvie' seu olhar para o exterior..." (p.348).

A atividade de desenho que a terapeuta propõe a Claude nos parece ter tido um papel semelhante ao que Aulagnier (1981) chama de "linguagem figurativa" do terapeuta, que consiste em se propor ao sujeito psicótico uma representação oferecendo um suporte exterior no qual religar o afeto que lhe deixa submerso. Todavia, a abordagem oferecida a Claude não consiste numa representação construída pela terapeuta, mas num recurso para ajudá-lo a elaborar suas próprias imagens. Ele mesmo realizou a transposição de seu sofrimento "não-dizível" em forma comunicável produzindo sem dúvida uma tradução mais justa do que qualquer interpretação (6) que a terapeuta ocupacional pudesse ter fornecido.

Havia agora uma coisa, este desenho, que podia ajudar a falar, a colocar palavras no que se passava neste universo sem representação. Essa imagem que ele tinha produzido vinha lhe fornecer a possibilidade de iniciar um processo de mentalização, ligando sua angústia a uma forma comunicável. Esta podia agora ser evocada, ser falada, ser elaborada. A garatuja, que foi associada a um conjunto de molas comprimidas e encavaladas, representava para Claude uma imagem marcante do que ele sentia, mesmo corporalmente. Graças a essa figuração, ele podia dizer como se sentia interiormente tenso, misturado. De sessão em sessão desenhava molas de diversas maneiras, para alargar o campo do representável. Com o tempo, o papel, os lápis vão pouco a pouco tornando-se inúteis, pois já era possível recorrer às imagens sob a forma da metáfora e da palavra.⁵

Conclusão

A utilização da atividade junto a certos pacientes psicóticos representa uma via mais que interessante. Para um certo número deles que encontram dificuldades no plano relacional, um ego frágil ou uma relação perturbada com a

simbolização e a linguagem, a introdução de um terceiro tal qual a atividade fornece um suporte essencial. Esta oferece a estes últimos a oportunidade de se engajar num processo terapêutico que as abordagens não mediatizadas lhe recusam devido a seus limites. Trata-se de uma clientela para quem a intervenção em terapia ocupacional representa freqüentemente a abordagem melhor adaptada.

O seguimento da pesquisa nesta área parece apresentar uma via promissora, podendo resultar num melhor conhecimento e um maior domínio do potencial terapêutico da atividade. A intervenção, particularmente em saúde mental, resta ainda bastante empírica e necessita de um trabalho de conceitualização. Os resultados expostos aqui são somente um primeiro esboço para dar um sentido ao papel da atividade no processo terapêutico com o paciente psicótico. Estes deverão ser colocados à prova pela comparação com outros casos e eventualmente validados.

Referências Bibliográficas

- AULAGNIER, P. (1981). *Du langage pictural au langage de l'interprète*. Topique, 26, 29-54.
- AZIMA, H. & AZIMA, F. (1959). *Outline of a dynamic theory of Occupational therapy*. American Journal of Occupational Therapy, 13,1-7.
- BENEDETTI, G. (1987). *Psychotherapy of Schizophrenia*. New York: New York University Press.
- BING, R.B. (1981). *Occupational Therapy revisited: a paraphrastic journey*. The American Journal of Occupational Therapy, 35(8), 499-518.
- BOUR, P. (1970). *Objet intermédiaire et psychodrame*. Annales Médico-Psychologiques, 2(5), 742-750.
- BOUSTRA, J. (1987). *Expression ET psychose*. Paris. Les éditions ESF.
- CARTER, B. A., NELSON, D.L., DUNCOMBE, L.W. (1983). *The effect of psychological type on the mood and meaning of two collage activities*. The American Journal of Occupational Therapy, 37(10), 688-693.
- CHUN, K.A., DAVISON, H.A. (1987). *Examining the affect of chronic schizophrenic male patients towards three occupational therapy activities*. Occupational Therapy in Mental Health, 7(4), 81-97.
- DESROSIERS, L. (1988). *La personne psychotique et l'objet*. Actes de Congrès, Cinquième congrès de la C.P.E.Q.
- ERIKSON, E.H. (1940). *Studies in the interpretation of play: 1. Clinical observation of play disruption in young children*. Genetic Psychology Monographs, (22).
- ÉTIENNE, A.L. (1988) *Analyse qualitative du processus de l'activité: voie de la connaissance à l'action*. Actes de Congrès, Cinquième congrès de la C.P.E.Q.
- FIDLER, G. & FIDLER, J.W. (1963). *Occupational Therapy. A communication process in psychiatry*. New York. The MacMillan Company.
- FIDLER, G. & FIDLER, J.W. (1978). *Doing and Becoming*. The American Journal of Occupational Therapy, 32(5), 305-310.
- FREUD, A., (1980). *Métapsychologie*. Paris: Gallimard.
- FREUD, A., (1980). *Normality and Pathology in Childhood/ Assessments of Development*, New York International University Press.
- GLASER, B.G. & STRAUSS, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.

- GLASER, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity. Advances in the methodology of grounded theory*. San Francisco: The Sociology Press.
- JOHNSON, J. (1981). *Old Values New Directions: Competence, Adaptation, Integration*. The American Journal of Occupational Therapy, 35(9), 589-598.
- KALF, D. (1973). *Le jeu de sable. Méthode de Psychothérapie*. Paris: Épi S.A.
- KIELHOFNER, G. (1982). *A heritage of activity: development of theory*. The American Journal of Occupational Therapy, 36(11), 723-730.
- KIELHOFNER, G. (1983). *Health through Occupation. Theory and Practice in Occupational Therapy*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- KING, L.J. (1974). *A sensory-integrative approach to schizophrenia*. The American Journal of Occupational Therapy, 28(9), 529-536.
- KLEIN, M. (1968). *L'importance dans la formation de symboles dans le développement du moi*, in *Essais de Psychanalyse*, Paris: Payot.
- KLEIN, M. (1974). *Essais de Psychanalyse*, Paris: Payot.
- KREMER, E.R., NELSON, D.L., DUNCOMBE, L.W. (1984). *Effects of selected activities on affective meaning in Psychiatric clients*. The American Journal of Occupational Therapy, 38, 522-558.
- LETRTE, P. (1983). *Psychotérapies analytiques des schizophrènes: Les langues du psychotique*. Travaux scientifiques du Dr. Paulette Letarte colligés à l'occasion de sa visite au Québec du 5 au 16 avril 1983.
- MOSEY, A.C. (1971). *Three Frames of Reference for Mental Health* (3rd ed.). Thorofare: Charles B. Slack, inc.
- NELSON, D.L. THOMPSON, G., MOORE, J.A. (1983). *Identification of factors of affective meaning in four selected activities*. The American Journal of Occupational Therapy, 36(6), 381-387.
- PANKOW, G. (1969). *L'homme et sa psychose*. Paris: Aubier Montaigne.
- PANKOW, G. (1984). *25 années de psychotérapie analytique des psychoses*. Paris: Aubier Montaigne.
- RACAMIER, P.C. (1973). *Connaissance et psychotérapie de la relation schizophrénique*. Recueil des principaux textes de P.C. Racamier sur la psychose.
- SAINT JEAN, M. & DESROSIERS, L. (1992). *Psychoanalytic Reflexions Regarding the Occupational Therapy Setting for Treatment of the psychotic Patient*, Occupational Therapy in Mental Health, 12(2).
- SEARLES, H. (1986). *L'environnement non-humain* (1ère ed.). Paris: Edition Gallimard.
- SECHEHAYE, M. (1954). *Introduction à une psychotérapie des schizophrènes* (1ère ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Segal, H. (1987). *Une approche psychanalytique du traitement des psychoses*, in *Délire et créativité. Essais de psychanalyse clinique et théorique* (1ère ed.). Paris: Des femmes.
- WINNICOTT, D.W. (1975). *Jeu et réalité*. (1ère ed.). Paris: Gallimard.

⁽¹⁾ Johnson, J. Old Values New Directions: Competence, Adaptation, and Integration in The American Journal of Occupational Therapy. Vo. 35, 9, p.594, 1981.

⁽²⁾ Pesquisa iniciada em setembro de 1990 no programa de terapia ocupacional da Escola de Readaptação da Universidade de Montreal em vista de obtenção do título de mestre em ciências biomédicas sob orientação de Micheline Desrosiers e Jean-Baptiste Haché.

⁽³⁾ O conceito de atividade utilizado aqui corresponde a uma série de ações sucessivas levando à produção de um objeto.

⁽⁴⁾ Esta metodologia consiste em a partir da observação empírica resgatar enunciados ou explicações para um fenômeno. Os dados são analisados com o objetivo de lhes dar um sentido a fim de elevá-los a um nível conceitual. Consiste no método inverso da operacionalização. O pesquisador busca descobrir o conceito que corresponde aos indicadores empíricos que ele observou. Para favorecer o processo de indução, o pesquisador utiliza-se de sua sensibilidade teórica (Glaser, B. 1978), isto é, ele se inspira no maior número de conhecimentos possíveis já disponíveis.

⁽⁵⁾ Cinco dimensões analíticas foram utilizadas para o estudo da terapia do psicótico pela via da atividade. Estas dimensões representam subsistemas que estão em interação neste tipo de intervenção. Trata-se (1) da influência das propriedades terapêuticas da atividade sobre o processo, (2) da utilização da atividade pelo paciente psicótico, (3) da utilização da atividade pelo terapeuta para suas intervenções, (4) do enquadre particular onde se desenvolve este tipo de terapia, (5) do processo terapêutico para este tipo de intervenção. Cada uma das dimensões (subsistemas) está isolada do sistema para fins de pesquisa e análise. Este procedimento reproduzido para cada um dos subsistemas levará, num manejo posterior, à conceitualização do sistema inteiro, (6) No sentido de transpor de uma língua para a outra, de um modo de expressão a outro, visando à equivalência entre o enunciado original e o enunciado obtido.

Acesso à teoria da técnica trilhas associativas

Autores

Solange Tedesco*,
Sonia Maria Leonardi Ferrari**

*Terapeuta Ocupacional da UNIFESP, Coordenadora Técnica do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, São Paulo - SP.

**Terapeuta Ocupacional, Diretora Científica do Instituto "A Casa", São Paulo-SP, Diretora do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, São Paulo - SP.

Endereço:
C.E.T.O., Rua Fradique Coutinho, 1945. CEP:
05416-012 São Paulo-SP.

Resumo

A formação clínica especializada em Terapia Ocupacional nos faz priorizar, objetivar e sistematizar o estudo de técnicas. Como objeto de estudo a técnica "trilhas associativas" é transmitida na sua formatação conceitual. A obra de Benetton (1983-2000), ao mesmo tempo complexa e inovadora, tem seu núcleo sustentado pela prática clínica. Esta, por um lado, resultado do seu encontro com o universo de seus pacientes e por outro do seu compromisso com a própria Terapia Ocupacional.

Palavras-chave

Terapia Ocupacional
Saúde mental
Formação
Trilhas Associativas

"A crítica, por definição, ao ser de fato uma crítica-crítica, sempre é uma proposição de objetividade, um enunciado que pressupõe um ponto de vista mais esclarecido do que o senso comum.", Baudrillard, J.

Introdução

A via de acesso às trilhas associativas no C.E.T.O. está historicamente estabelecida na docência e aprendizagem no curso de Especialização em "terapia ocupacional dinâmica". Sobre esse pressuposto, do nosso lugar de professoras, a reflexão constante sobre o tornar-se terapeuta ocupacional tem-nos indicado soluções à evolução profissional. Entretanto, nossa conduta, muitas vezes isolada não tem minimizado um certo desconhecimento do potencial, alcance e da eficácia da profissão Terapia Ocupacional, de suas teorias, métodos e técnicas. Se, pensamos nos profissionais, a problemática que se apresenta e se dissemina tanto quanto são as novas graduações criadas é a da identidade profissional.

A complexidade do campo Terapia Ocupacional, a necessidade de particulares soluções na prática clínica e a proliferação de críticas às teorias métodos e técnicas, empiricamente formuladas e sem qualquer investigação cuidadosa, têm sido responsáveis pelo abandono ou irresponsáveis condutas profissionais.

É do lugar de clínicas-formadoras que percebemos que o acesso difícil, às vezes impossível em uma formação continuada, é determinante para a deteriorização do potencial teórico-técnico da profissão.

A ausência de cursos de pós-graduação senso estrito no País e o pequeno número de cursos de especialização reduzem o estudo continuado às áreas correlatas, desviando o terapeuta ocupacional de sua trilha específica. Esta ocorrência sem dúvida alguma é a responsável pela fragilidade e descaracterização do campo. Consideramos ser a formação clínica como a capaz de introduzir, preservar e evolucionar as características que demarcam a profissão.

Os Pressupostos

A Terapia Ocupacional é uma profissão cujo campo de conhecimento e de intervenção são extremamente jovens. O primeiro curso técnico para terapeutas ocupacionais nos Estados Unidos é de 1911 e no Brasil de 1959.

Existem pelo menos dois tipos de metodologias nas produções científicas de terapeutas ocupacionais. Uma que parte de uma teoria de base sociológica, antropológica, psicológica, histórica etnológica etc. geralmente advindas das ciências humanas ou biológicas criando a partir desses referenciais práticas de intervenção. Com essa metodologia uma crítica se faz pertinente: o distanciamento entre os pressupostos teóricos e a prática recortada, desmembrada de conteúdo próprio.

Outra metodologia parte da investigação e descrição da prática clínica, desenvolvendo e demonstrando técnicas, apresentando procedimentos e métodos aliados a conceitos teóricos específicos ou não da terapia ocupacional que são instrumentais para a criação de enunciados teóricos próprios da profissão. Neste grupo localizamos Fidler e Fidler (1963,1999), Mosey (1979), Benetton (1989) e Piergrossi (1992) entre outros.

O que pretendemos acessar é a localização e a formatação dos conceitos teóricos relativos à técnica triplas associativas de Benetton (1989).

Para compor os pressupostos teóricos dessa técnica a autora assinala alguns referenciais: o da profissão Terapia Ocupacional com o caráter de método, no sentido amplo desse termo, que aplica de forma metódica, técnicas específicas denominadas também de terapia ocupacional (grafadas em letras minúsculas). Propõe a insígnia maiúscula para a profissão definida como área de conhecimento e intervenção na saúde, que se utiliza das atividades para tratar. Apresenta as terapias ocupacionais demonstrativas de um procedimento ou procedimentos que caracterizam as intervenções e as providências para determinada população. Define o sujeito alvo da intervenção dessa prática clínica como sendo o indivíduo *necessitado* que apresenta problemas na sua inserção social; este por diferentes e combinadas razões torna-se socialmente excluído de uma parte significativa das atividades sociais. Desta forma, constrói um vértice próprio no conceito de inserção ou desinserção social. A individualizada relação de um indivíduo com o seu fazer e com aquilo que precisa ou quer realizar em seu cotidiano são objeto de sustentação no social.

A profissão assim apresentada é parte integrante da área de conhecimento da Saúde, baseando-se na possibilidade de localizá-la e agrupar suas práticas e procedimentos na análise de seus próprios métodos clínicos. Isso se traduz pela apresentação da saúde mental como área de conhecimento implícito a todas as áreas de atuação da Terapia Ocupacional.

A saúde mental para Benetton (1994) tem seu uso na construção do cotidiano. A terapia ocupacional deve objetivar em primeira instância a criação de espaços saudáveis para essa construção. Sabemos que a doença e sua repercussão fazem um corte no cotidiano. A construção (no sentido absoluto desse termo) de um novo cotidiano implica diretamente a criação de espaços saudáveis do ponto de vista psicológico, no acontecer do dia-a-dia do indivíduo. A autora liga diretamente a construção desse cotidiano, mesmo quando ainda desenvolvido no *setting* da terapia ocupacional, com seu objetivo final que é a inserção social. Nesse sentido forma-se um elo entre espaços de saúde, construção do cotidiano e inserção social. Apresenta-se à definição de *setting* da terapia ocupacional como o campo que intermedeia e medeia experiências vividas pelo paciente. Setting como “um espaço internamente aberto para receber e externamente aberto para estimular o partir”.

O *setting* que inclui a terapeuta, o paciente, os materiais e as atividades, cria uma circularidade de experiências constitutivas da narração de uma história construída, vivida e apreendida (daí o caráter pedagógico e educacional abordado pela autora) a dois, a três, a muitos, ao social.

A perspectiva clínica demonstrada traz pela primeira vez a constituição teórica e técnica da relação paciente-terapeuta-atividade. A definição teórica da tríade foi desenvolvida pelos autores Fidler e Fidler (1963) mas em nenhum trabalho publicado se apresentou claramente esta dinâmica.

Benetton (1994) define atividades como o terceiro termo de uma relação que ocorre a partir do pressuposto de que existe uma terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional.

A partir da conceituação de um dos elementos da tríade, as atividades, como um instrumento terapêutico, autores (Legros, 1997; Piergrossi, 1997; e Benetton, 1994) passam a estudar as posições ocupadas por cada um dos elementos presentes na relação triádica.

Nas trilhas associativas está constituída a dinâmica triádica onde nenhum dos três termos se sobrepõe em importância ao outro, ou se anula ou se desmembra.

O espaço de construção das trilhas

Partindo da compreensão da clínica da Terapia Ocupacional como triádica pensamos didaticamente poder classificar os autores de terapia ocupacional referenciados por Benetton (1991, 1994 e 1999) localizando-os em dois eixos.

Um eixo conceitual composto por autores da Terapia Ocupacional que apresentam conceitos e definições como base para sua construção do campo da terapia ocupacional: Slagle (1922), Fidler e Fidler (1963); Azima (1961); Cerqueira (1973, 1984); Daumezon (1955); Scullin (1956); Laing- Etienne (1989); Sivadon (1955, 1962), Tosquelles (1950, 1955, 1967).

Os autores do eixo metodológico são aqueles que apresentam procedimentos clínicos ou técnicas de intervenção que são utilizados pela autora diretamente na construção da técnica trilhas associativas: Slagle (1914); Wittkower (1955, 1962); Bourdin (1988); Legros (1997); Mosey (1986); Piergrossi e Gilbertoni (1997); Ferrari (1995, 1997, 1999), Tedesco (1995, 1996, 1997) e ainda os psicanalistas Perrier (1958), e Winnicott (1975, 1983).

Trilhando

Para assistir, estudar, ensinar e pesquisar através de trilhas associativas compreendemos que a complexa tecnologia de base que a compõe contém as primeiras técnicas de terapia ocupacional, vários conceitos teóricos da psicanálise aplicados à Terapia Ocupacional, a filosofia e métodos de ensino e aprendizagem, assim como teorias, métodos e técnicas de reabilitação tanto física como mental.

Trilhas associativas é um procedimento (termo preferido pela autora no lugar de técnica) de Terapia Ocupacional cujo estudo e desenvolvimento tem como base a relação triádica terapeuta-paciente-atividades. Tecnicamente ela tem como principal característica o processo de agrupamento e associação das atividades feitas na Terapia Ocupacional. Em seu contexto terapêutico, esse processo

passa a ser dinâmico à medida que se leva em conta: a dinâmica da execução das atividades, seu produto, a dinâmica psíquica do paciente e a relação terapeuta paciente no processo das atividades e da análise de seus produtos. Essa técnica requer a realização e a compilação das atividades de forma que todas as atividades feitas, acabadas, inacabadas, semidestruídas, de qualquer, tipo devem ser reunidas pela terapeuta ocupacional.

Em princípio assim procedendo elaboramos o prontuário dos pacientes, compilando de diferentes maneiras as próprias atividades em fotos, em anotações, gravações, vídeos etc.

Com este processo obtemos informações para a avaliação constante de cada caso, e indicações para o caminho a seguir no tratamento.

O núcleo central do procedimento nas trilhas ocorre quando o paciente é estimulado a agrupar através de consígnias simples, suas atividades combinando-as ou diferenciando-as.

Destacamos que essas consígnias são criadas como consequência ou decodificação de um código denominado por Benetton (1989) como *código secreto* ou *código particular* por Tedesco (1997), constituído exclusivamente na relação triádica.

Nesse processo associativo abrimos caminhos que permitem criar espaços de historicidade, de desenvolvimento, desempenho emocional, afetivo e produtivo. O estabelecimento de um sentido espacial e temporal de uma experiência vivida em terapia ocupacional constitui a base para uma inserção social.

Sendo fiel ao empirismo podemos encontrar nas publicações da autora anteriores ao ano de 1989 o desenvolvimento do procedimento trilhas associativas. Nas duas formulações anteriores as atividades são utilizadas como mediadoras das realidades vividas (interna e externa) (Benetton, 1984) ou então, como mediadoras de uma inserção e organização na realidade externa (Benetton, 1988).

Com a proposta técnica das trilhas associativas, a utilização das atividades como mediadoras cedem lugar à constituição de um caminho associativo, esse, da ordem da construção.

Para definir as trilhas associativas partimos da necessidade de reconhecer a existência da dinâmica psíquica como fator preponderante na construção e desenvolvimento de uma relação terapêutica (Benetton, Ferrari e Tedesco, 1998). A partir daqui uma complexa dinâmica se desenvolve.

Atendendo individualmente ou em grupo, ensinando atividades ou elaborando a sua realização (realidade externa), assim como na busca de significados e de sentido pessoal e social dessas atividades, levamos em consideração que estamos provocando a ocorrência de fatos psíquicos que alterarão os já existentes (realidade interna).

O lugar onde essas ocorrências são privilegiadas, o *setting* da terapia ocupacional, deve ser o campo propício para o encontro entre essas realidades sem que para isso tenham que ser criados dispositivos mais do que aqueles do *fazer algo em companhia de* e sem dúvida não se esquecendo de que aí transitam motivos, objetivos, necessidades e vontades, numa relação que nós denominamos de positiva. O sustentáculo da realidade interna é a externa e vice-versa. A dinâmica da realização das atividades impõe uma relação dinâmica na construção de fatos psíquicos. Estamos simplesmente falando de que com técnicas de ensino e aprendizagem de atividades, aspecto particular e específico da terapia ocupacional, experimenta-se viver. A compreensão e elaboração dessa experiência dão significado a uma realidade externa a ser transposta para o social. Compreendemos que o entrecruzamento dessas vivências entre o externo e interno, entre o fazer e o associar com os motivos, os objetivos, as necessidades, as vontades, constituem a base para o desenvolvimento da técnica trilhas associativas.

Falamos de um procedimento complexo através da simples, para nós terapeutas ocupacionais, realização de atividades, do código constitutivo do *fazer-fazendo*.

Até o momento podemos demonstrar este procedimento no exercício da nossa clínica. Situações nas quais nossos pacientes não encontram denominações para fatos ou fantasias, onde o vivido e o não-vivido se confundem no vazio da experiência, da não-inscrição de significados ou mesmo da interrupção de uma linha de vida conhecida que permite a existência na rotina, mas amputa o cotidiano. Através do procedimento trilhas inicia-se a possibilidade, obviamente pela sustentação na relação triádica que compõe o *setting*, de uma história de *fazer, fazer com, fazer para, fazer por*.

Como por exemplo, para um paciente que as únicas consígnias possíveis no seu fazer eram representações de seu mundo delirante, assim sendo, inacessíveis a qualquer transformação. Depois de muitos fazeres, os primeiros agrupamentos das atividades construídas dividiram-se em dois grandes grupos. Um composto pelas atividades que eram relacionadas aos fatos vividos e portanto, “possíveis

de serem compartilhadas” e outro pelas atividades representantes das fantasias, “dos pensamentos inadmissíveis”. Estes dois grupos passaram a ser subagrupados e reagrupados, a partir das novas atividades construídas, do inédito surgido na experiência, da surpresa do olhar do outro, constituindo novas tramas do particular e agora do comum, do meu e do outro.

Referências Bibliográficas

- AZIMA, H. *Dynamic's Occupational Therapy*. Tese acadêmica, vol. XXII. Montreal, 1961. (acervo da biblioteca do C.E.T.O.).
- AZIMA, H. & WITTKOWER, E.D. – Object relation's therapy in schizophrenic states. *American Journal Psychiatry* 115:60-62. Canadá, 1958.
- BENETTON, M.J. Trilhas Associativas - Ampliando Recursos na Clínica da Psicose. São Paulo, Lemos Editorial, 1991. 115 p.
- BENETTON, M.J. A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental. Campinas, 1994. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- BENETTON, M.J.- *Trilhas Associativas - Ampliando Recursos na Clínica da Terapia Ocupacional*. Diagrama & texto /C.E.T.O. São Paulo, 1999.
- BENETTON, M.J., FERRARI, S.M.L. e TEDESCO, S. Specialización d'Ergothérapeutes en Santé Mental, prelo Journal d'Ergothérapie. Masson Editeur, Paris, 1998.
- BENETTON, M.J. Alguns Aspectos do Uso de Atividades Artísticas e Terapia Ocupacional. Boletim de Psiquiatria do Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, nº 2, v.17. São Paulo, junho/1984. p.72-4.
- BOURDIN, M.A.- L'ergothérapie: un des cadre de jeu proposé aux patients psychotiques. *Journal d'Ergothérapie*. 11(2): 78-81. Paris, 1989.
- DAUMEZON, G., TOSQUELLES, F. & PAUMELLE, C.H. *Organization Therapeutique de l'hôpital psychiatrique*. Paris, 1955. (acervo da biblioteca do C.E.T.O.)
- FERRARI, S. - Terapia Ocupacional: integração e produção do saber. *Revista do C.E.T.O.* (1). São Paulo, 1995.
- FERRARI, S. – A ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos. *Revista do C.E.T.O.* (2). São Paulo, 1997.
- FERRARI, S. – Terapia Ocupacional espaço da narrativa entre forma e imagem. *Revista do C.E.T.O.* (4). São Paulo, 1999.
- FIDLER, G. & FIDLER, J. *Occupational therapy: a communication process*. Macmillan. New York, 1963.
- FIDLER, G.- *Activity: reality or symbol*. Macmillan. New York, 1999.
- LEGROS, J.C. – A propósito do papel de um ergoterapeuta em instituição psiquiátrica para adolescentes. *Revista do C.E.T.O.* (2). São Paulo, 1997.

MOSEY, A.C. *Psychosocial Components of Occupational Therapy*. Raven Press. New York, 1986.

PERRIER, F. *A Formação do Psicanalista* Ed. Escuta SP, 1993.

PIERGROSSI, J.C. & GILBERTONI, C. - *A importância da transformação interna no processo da atividade*. Revista do C.E.T.O. (2). São Paulo, 1997.

TEDESCO, S. *A prática da terapia ocupacional em farmacodependência*. Revista do C.E.T.O. (1). São Paulo, 1995.

TEDESCO, S. - *Terapia Ocupacional: produzindo uma clínica de atenção às dependências*. Revista do C.E.T.O.(2). São Paulo, 1997.

TEDESCO, S. & BENETTON, J. - *Da dependência à independência, em Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias*. Casa do Psicólogo. São Paulo, 1996.

WINNICOTT, D.W. - *O ambiente e os processos de maturação*. Artes Médicas. Porto Alegre, 1990.

WINNICOTT, D.W. - *O Brincar e a Realidade*. Imago. Rio de Janeiro, 1975.