

## A “POLIS”\*

*E se a Terapia Ocupacional for uma terapia política?*

JEAN-PHILIPPE GUIHARD

TRADUÇÃO: JÔ BENETTON

*A ação mudada pelo mundo impulsiona a mudar.**G. Bataille.*

Pode-se interrogar sobre a razão desta mesa redonda, de seu título “Filosofia”, uma vez que nela, não temos um filósofo de profissão. Não evocarei a motivação do comitê científico do ERGO 2000, por não conhecê-la. Neste caso, qual é a relação entre a filosofia e a terapia ocupacional, entre a filosofia e a doença? A resposta é simples: o Homem. Os dois têm o mesmo sujeito gramatical e ontológico e se consideramos os integrantes desta mesa, pode-se dar ênfase ao psiquismo. Isto não é de forma alguma compreendido como um descarte dos terapeutas ocupacionais ditos “não psis”, pois eles lidam com o mesmo homem que tem a mesma psique. Apenas tratam mais diretamente da mecânica e da corrocéria, mas, nós partilhamos com eles o condutor.

De todo modo agradeço o comitê científico do Ergo 2000, por ousar colocar este tema no seio dos debates. Como expôs Serge Tribolet, no seu editorial “*Osons le Sublime*”, - “O maior escândalo intelectual da história da psiquiatria aconteceu no meio do século XX com a supressão pura e simples da filosofia na formação dos psiquiatras. O postulado ideológico dessa empresa e suas implicações práticas deram um lugar preponderante às disciplinas ditas científicas (biologia, genética, cognitivismo). Assim, “pensar o homem” é “calcular o homem”. “De sujeito passamos a objetos; objeto da ciência muito manipulável”. Será que esses postulados científicos serão os considerados para os concursos de ingresso nos institutos de formação de terapeutas ocupacionais? Será que impedirão todos os candidatos sadios de se candidatar?”

Ora, a filosofia e a psiquiatria partilham o mesmo sujeito: “o estudo do ser como ser”, isto é, a metafísica.

Quando falo da psiquiatria, não falo de uma certa psiquiatria muito elogiada nos Departamentos de Saúde Mental e outros casos anglo-saxões, que preferem calcular o homem no lugar de pensá-lo. Assim, jamais será mostrada uma psique. Essa psiquiatria nunca nos explicará porquê prefiro ler Georges Bataille que Marie Higgins Clark. Da mesma forma, os ditos cientistas jamais poderão falar, dar sentido, à incapacidade do paraplégico.

Voltando ao nosso tema, e mais particularmente ao meu propósito na terapia ocupacional e na filosofia: Meu ponto de partida é uma questão que ocupa minha mente há algum tempo: e se a terapia ocupacional for uma terapia política? Dois são os pontos interpeláveis nas trocas que tenho com outros terapeutas ocupacionais: a autonomia e o retorno à casa. Ao lado desses pontos, há uma expressão que me deixa perplexo e que não me satisfaz: “o homem é um animal bio-psico-social”. Percebo confusamente que, para essas três noções, de autonomia, de retorno ao lar e bio-psico-social, alguma coisa falta e que só a filosofia pode ajudar a ver mais claro e isto quando ela coloca a questão fundamental da consciência de si, que faz do homem um homem.

Então, por que meter a política aí dentro? Por uma razão muito simples: o homem é um animal social, mas, antes de tudo um animal político como bem viu Aristóteles. Ele tem a capacidade de poder inventar modos de vida em conjunto que dispensam o social, mesmo que se tente crer no contrário. O homem é um animal biológico, (o caranguejo também); ele é um animal psicológico, (o macaco também); ele é social, (o golfinho também); mas ele é político quando crê inventar a parte que vivemos juntos. Ora, nós não vimos jamais o leão decidir viver em comunidade e mais, ser vegetariano. Nós vemos o homem fazê-lo quando ele é político, quando ele é autônomo. A autonomia quer dizer:

criar suas próprias leis com toda consciência e levando em conta os outros. O homem não faz mais do que se adaptar quando ela cria, inventa, muda, em uma palavra, age.

Uma vez que a autonomia, a independência, a reabilitação, e a inserção são palavras-chave para os terapeutas ocupacionais, (assim como para outros profissionais), esta questão deve ser cuidada de tal forma a suplantar as batalhas internas ou locais e aceitar a palavra do outro como construção a dois. Como então celebrar a autonomia; se esta pretensão não leva em conta a aceitação do cidadão que avança para o “retorno à casa”? O que é feito do desejo do outro, de sua demanda, de suas necessidades e como podemos acompanhar essa pessoa num caminho de um retorno à...; e, mais ainda, numa chegada à...! Que se pode querer dizer para os protagonistas desse projeto de uma chegada, num mundo onde a situação anterior, talvez seja sempre a melhor?

A autonomia, a integração, invocam escolhas para a liberdade para a ação. Deve a terapia ocupacional promover um retorno, ou uma chegada e poderemos apenas visualizar a chegada à uma casa ou a uma cidade? Será que poderemos olhar para o paciente, a pessoa, o sujeito, como sendo um indivíduo, homem, mas também e sobretudo, como um animal político? Animal político que esta na e pela criação sob o domínio da experiência da liberdade? Não se poderá olhar a lei como pura especulação psicanalítico-conceitual, mas como fundamento legislativo de uma cultura humana. Se a psique ignora a lei, mesmo a idéia de lei, ela não deixa de ser mecanismo de nossa natureza animal bio-social e que faz que a política seja um espaço social, público, de autonomia psíquica. É a invasão da sociedade no “átomo da psique” (Castoriadis, C, 1975), que permite a instituição social do indivíduo.

Proponho agora olhar dois pontos que são a chegada à cidade e a autonomia de forma política, deixando de lado as ladainhas dos objetivos, dos meios, dos desempenhos, qualidades e outros científicisms holísticos-econômicos.

### *Chegada na cidade*

Como propor ações adaptativas, promover a autonomia de outro, se não levarmos em conta a cidade, a sociedade? Como não interrogarmos os valores aferentes, como não mergulhar na “genealogia da moral”? E se não questionarmos esse misterioso valor do valor? Essa questão

é certamente metafísica, mas sua expressão concreta, seu ar de experiência é o político.

Então, se nós tomarmos como exemplo, à priori, o que está próximo de certas preocupações terapêuticas nossas: o trabalho chegou à cidade através de um emprego. O que fazer hoje quando o trabalho se apresenta como a mola mestra da interação social, pois, até o início da século XIX, era considerado como ignóbil, reservado aos escravos, aos servos, aos que não participavam das coisas da cidade, aos sujeitos ao desejo e as necessidades animais. A nobreza é que fazia o homem um homem livre e então cidadão, porque gozava de direitos cívicos e não civis e porque ele era livre do contrato de trabalho.

Chegamos hoje, a um esquema radicalmente inverso onde, o trabalho tem valor dominante, onde a sociedade é uma sociedade de trabalhadores. Todo mundo deve trabalhar se quer continuar a pertencer à uma comunidade (política). A nova aristocracia industrial trabalha e se submete a trabalhar 60-70 horas semanais. O mesmo acontece na esfera política, que pensa suas funções como empregos necessários. Os encontros da Primavera passada sobre as trocas globalitárias e totalitárias (Davos, Seattle) são um exemplo flagrante de subjugação da política de Estado à uma misteriosa evidência da necessidade inevitável do neoliberalismo. Hoje vemos bem que o trabalho, porque tem um valor dominante positivo, faz os homens viverem juntos e parecidos. Ora, o que se passa quando recebemos em sessões de terapia ocupacional homens em ruptura, em isolamento social e que acompanhamos em sua chegada à cidade? Que dizer a esse homem no qual o imaginário social histórico é marcado pela chancela do trabalho obrigatório, que não reconhece nenhum direito nem em nome da humanidade? Como visualizar uma chegada à cidade se não temos em mente que o sujeito esta privado da (única) atividade socialmente partilhável? Encontre-se em um Café que vocês não conhecem e pensem em se relacionar com seus vizinhos, troquem idéias sobre as condições de trabalho, ou melhor sobre as 35 horas semanais. Vocês estão em vias de ocupar toda sua noite! Da mesma forma, vocês já perceberam que se encontram com pessoas que não conhecem e depois de algum tempo este assunto vem à baila, com a questão: “o que você faz”? Isto quer dizer: em que trabalha?

As instituições terapêuticas, com algumas felizes exceções, não levam em conta a dupla dimensão do privado e do público, uma vez que foram instaladas sobre outras bases. Hoje, a pessoa que recebe ou percebe, um auxílio

social, está em ruptura com o social, e é este auxílio que recebemos pelas sessões de terapia ocupacional. Durante as sessões o que importa é a linguagem que nos coloca na relação com o outro, com os outros. A atividade não é mais que o suporte dessa relação. **Nós estamos na mediação da linguagem e não das coisas. O objeto, a coisa, não está presente quando se fala, pelo contrário, é apenas elaborado na e pela relação. Assim sendo, essa promoção contrária do trabalho faz que toda atividade, por ser socialmente partilhada, seja acrescida de valor supremo portado sobre as coisas, sobre a técnica, sobre o bem de consumo e não sobre a atividade, sobre a obra.**

Ora, em terapia ocupacional não estamos na esfera do trabalho, mas sim na do “*ergon*”, a atividade livre, fundadora e nunca é apenas transformada em coisa. **Como existir numa instituição terapêutica, médico-social, que dá valor às coisas do concreto, do objetivo, da ciência quando estamos num outro registro?**

A instituição está fundada sobre um imaginário sócio-histórico que contém valores e esta é a garantia de sua perenidade. Como um terapeuta ocupacional, membro dessa instituição pode ousar colocá-la em questão e propor ações que vão em confronto a esses valores? Frequentemente somos interrogados sobre a qualidade de vida, sobre a terrível expressão da “gestão do tempo livre”, sobre a angústia de vida vazia, sobre as necessidades do não trabalho. Essas questões nos reportam à nossa própria angústia do vazio, do não domínio e tentamos encontrar soluções, completando, preenchendo, sancionando nossas respostas através dos valores do trabalho como único meio para os homens vivam em conjunto. “Mas eu não posso fazer nada, não posso nada...”. Não sei se se pode fazer alguma coisa contra, isto é em oposição ao não poder fazer; mas, penso que se pode fazer alguma coisa contra o imaginário social, utilizando como suporte para ir para frente, para criar outra coisa, não por oposição, mas, apoiando. Promover a criação de espaços não institucionalizados como já fazem diversas associações é uma atitude terapêutica e uma atitude política. Criar, inventar, é afirmar que essas criações estão seguramente no registro das condições de um chegar à cidade, mas também, da nossa vontade de experimentar no espaço público novas modalidades, novos gêneros de vida em comum.

“Isto nos faz visualizar uma ligação, uma articulação, uma coordenação entre o consenso e o conflito, tudo estando ao redor, ao lado um do outro; entre a ordem

e a desordem para se chegar a uma organização. Desse resultado que não será o fim, mas finalidade, deve poder surgir um outro eu organizado, e colocando-nos ao redor dele, nos deslocamos para um novo que pode permanecer aberto, heterogêneo, fonte de vida, de uma racionalidade profunda quanto às exigências das instituições que reclamam o conformismo afim de se reproduzirem, e enfim, se prolongar como junção do valor partilhado. As instituições são por essência unificadoras, normatizadoras, práticas”<sup>2</sup>.

A terapia ocupacional tem uma posição central para a passagem entre o mundo institucional e a vida cotidiana, vida de fato social para o cidadão. Intervimos em situação quando a pessoa está mais próxima de si mesma, de seu lugar e diretamente no seu desenvolvimento, e a percebemos como exterior a nos mesmos, vendo-a quando “ali está”. Ora, é bom olhar através da cidade, com as contingências relacionais, profissionais, culturais, espirituais e políticas. Se autonomia é ter suas próprias leis, a pessoa está também num movimento dialético de participação em uma vida coletiva, comunitária, que faz com que eu participe da atualização dessas leis, levando-se em conta o outro, os outros, a sociedade na qual evoluo a que pertencço.

Somos membros do mundo próprio da pessoa que acompanhamos, membro um pouco à parte quando as circunstâncias desses encontros são impostas, mas, ela nos faz visualizar que podemos participar efetivamente da chegada à casa e também num enquadre geral da cidade.

Podemos então, olhar nossas práticas sob o ângulo político, isto é, como gênero de vida em comum orientada para tal e qual fim, da qual se fala e se constrói. Ora, nesse gênero de vida comum, é o conflito por excelência que nos faz casar e experimentar níveis de realidade diferentes, divergentes. Não somos determinados pelas necessidades naturais, somos “máquinas desejantes” e como tal, somos criação, mudança e liberdade. O que caracteriza a liberdade é a autonomia que é fazer política. Como disse anteriormente, o homem implica a sociedade e é implicado por ela, se bem que um não seja redutível ao outro. Esse tudo para *ser* implica no movimento de seus componentes individuais, comunitários e sociais. Esse movimento se objetiva pela criação de instituições que são as portadoras e a garantia de valores fundadores.

## *Autonomia*

Em terapia ocupacional, (como em todas as terapias?), o levar em conta a autonomia é um “fato”, uma *praxis*<sup>3</sup>, onde o objeto específico é a autonomia do outro,

dos outros. Esse levar em conta é um visar, o que se vê e ele evolui na incerteza de toda relação. Servimo-nos de um saber à priori que é incompleto e provisório porque o objeto dessa prática é o novo, a criação atualizante por essa mesma praxis., suas relações entre um sujeito e um objeto que não podem ser definidos na sua totalidade”<sup>4</sup>.

“Não se pode valorizar a autonomia se não a valoriza para todos”<sup>5</sup>, quando o outro é modo de ligação social e então política, mas se não se limita somente a intersubjetividade, se colocando no espaço público, no social como político. Como somos praxis, vemos essa autonomia e devemos entendê-la no social e por essa visão; contrário as amizades ou as relações profissionais, essa visão não pode ser colocada à parte, e então as relações não têm outro objetivo que as relações, elas mesmas. Inscrever a autonomia na política e no social é promover um gênero de vida em comum e esta inscrição é uma modalidade de política que ela compõe e que é também pressuposta. Uma sociedade autônoma é composta de homens autônomos pressupondo uma sociedade. Estar junto de, não é unicamente um conglomerado de animais, mas este “estar junto” pressupõe a sociedade pela mediação de um imaginário social histórico, de uma cultura que nos sustenta numa temporalidade própria. “É a união e a tensão da sociedade que institui e da sociedade instituída, de história feita e de história se fazendo”<sup>6</sup>, que se vê claramente que descontextualizar socialmente a autonomia ou focalizá-la apenas sobre a intersubjetividade será pura especulação teórica filosófica, quando não se comprova que ela mesma é suficiente como resposta. **A autonomia do sujeito singular, que nós recebemos, deve ser sempre contextualizada e não estar numa história a ser feita, mas se fazendo.**

Este encontro é realizado pelo sujeito, mas também por nós que evoluímos numa instituição que é feita, instituída, mas que, porque social e política, instituiu também. Sabemos que o que importa aqui é que ela evolui e que podemos também evoluir. Esse movimento feito durante as sessões de terapia ocupacional contém triplo movimento: da instituição, do sujeito e do terapeuta ocupacional, mas o sentido não é forçosamente o mesmo, nem mesmo compatíveis entre eles, existindo o risco da alienação do indivíduo livremente submisso à instituição. Não se trata de se refugiar atrás de uma autonomia como resposta suficiente, como toda poderosa, quando temos que ver claro que a descontextualização é puro fantasma, presente para se reproduzir e resistir a mudança que a coloca em causa. Ora, vivemos na idade das Luzes e de legislação Kantiana, que nos faz livremente submissos à obediência, que pensa a

felicidade como obediência aos interesses superiores, quando não universais.

Se voltamos ao problema da autonomia contextualizada socialmente e politicamente, em princípio a instituição sanitária, por exemplo, ela foi criada para servir à sociedade (les Hôtels Dieu). Na sua construção, no seu desenvolvimento essas instituições se tornaram autônomas chegando hoje ao que pode ser interpretado, pelas contingências econômicas e científicas como submissas, (livremente?); como estando em luta, em tensão, entre esse tipo de instituição que requer que a sociedade lhe seja servil e a sociedade econômica que pelo contrário quer que essa instituição a sirva. Há cerca de trinta anos a sociedade devia servir ao hospital, que na verdade fazia o que queria em nome da ciência, do progresso científico, de melhores técnicas para tratar o homem. Desde os anos setenta (do século passado) a economia deseja reger essas instituições com sua louca autonomia, demandando, impondo mesmo, que diagnósticos médicos levem em conta os parâmetros financeiros. De quanto é a exigência de lucro nos centros hospitalares? É hora de colocar a questão eminentemente política no sentido da terapia. O sujeito onde está? Estamos passando de animal bio-psico-social para sujeito psico-fiscal.

Promover a autonomia do outro em terapia ocupacional nos encaminha à cidade, ao valor da autonomia que implica em que só a sociedade autônoma possui cidadãos autônomos. Isso invoca também a nossa autonomia e nossa capacidade de escutar a palavra do outro e de aceitá-la. É preciso aceitar a demanda do outro liberando-a da necessidade natural e assegurando as necessidades fundamentais, como o fato do trabalho como provento financeiro ou o abrigo institucional; assim como, olhar sua procura de atividade, de ser como os outros e de existir. Ora, essa procura é da ordem da atividade e não do trabalho como anteriormente expus. Hannah Arendt, em “a condição do homem moderno”<sup>8</sup> precisou essa distinção fundamental que é encontrada nas línguas indo-européias nas duplas: “labor/opus, ponia/ergo, arbeiten/werken, labor/work, enfim entre o sofrimento e o lazer. Somos terapeutas ocupacionais do “ergon” e não da “ponia”, estamos no discurso, na criação, no sensível, na temporalidade e não no “chronos”(sentido de tempo fixo). Na atividade há um certo enquadre e regras, mas elas são reguláveis, discutíveis, atualizáveis, uma vez que a vida é que está em obra e não a fabricação. A atividade, o agir, coloca a pessoa face ao seu futuro, ao seu objeto que ela é livre para produzir, assim como destruir e não no sistema de consumo. **O tempo livre da sessão é uma história, um modo de “estar junto”,**

quando as pressões aferentes, o enquadre, é uma janela aberta no tempo livre que passa e não no *chronos* racional. Ora esse tempo livre dá medo quando ele é vivido *à priori*. Ele exprime “a crença profunda no âmagô de cada um de nós do que se poderá fazer com todo o tempo livre, pois que a idéia de um uso criador, não no mercado está prestes a ser assassinado”<sup>9</sup>.

## O homem político

O homem é um animal político, isto é, potencialmente político. Desde São Tomás d’Aquino, o social descobriu a política, trazendo ao cidadão o benefício de animal bio-psico-social, no período revolucionário da comunidade, com a exceção ao Rousseauismo ... Por animal político entendemos que somos seres sociais, - que vivemos em conjunto - , mais que isso, que podemos potencialmente passar da “simples vida junto”, para auto criação de um novo modo de estar junto na esfera pública/ pública. Com efeito, continuar a olhar o homem como apenas bio-psico-social é continuar a ocultar as três esferas, limitando nosso campo de existência à esfera privada (oikos: as relações humanas, a família, a amizade...) e a esfera privada/pública, (a educação , o trabalho, a saúde...). Se introduzirmos a política e se a luz Aristoteliana do homem como animal político e não como animal social, estamos introduzindo a terceira esfera do pública/pública, (*ecclesia*), a das instituições políticas. Cada sociedade é criada por ela mesma como sociedade, provendo-se de instituições políticas que são em um momento dado a armadura dessa sociedade. Os homens de consciência inventam sua própria lei e sua auto limitação nessa emergência legislativa que não é exterior a eles mesmos, (divino, natural,psico...), mas é “o produto da atividade libertária dos homens”<sup>10</sup>.

Se na nossa abordagem terapêutica não podemos ter perspectivas político-clínicas, (ainda que ...), não tarda que devemos tomar consciência do problema das articulações das três esferas: privada, privada/pública e pública/pública, na medida em que influenciemos as suas ligações e que saibamos nos manter no ato de coordenar, isto é naquilo que é colocar em ordem e mesmo dar ordem. Coordenar está no registro do administrativo e como já vimos anteriormente, em relação ao poder nos situamos num espaço vertical. Tudo vem do alto, seja profissionalmente, socialmente ou economicamente. Como terapeutas, mais particularmente terapeutas ocupacionais, nos deveríamos evoluir na horizontal, no “inter”, seja profissional, disciplinar ou em procedimentos, porque

evoluímos no humano, o que faz com que devemos formar um grupo primário<sup>11</sup>. Grupo primário composto de diferentes autores sanitários e médico-sociais que acompanham uma pessoa, um sujeito na sua chegada à cidade. Estamos menos no coordenar que no articular, que é referência explícita do humano, ao sensível, à vida. Nessa articulação de diferentes profissionais é que ocorre a ligação entre as três esferas tendo o sentido que será mais além do social trans-sociológico por permitir uma consciência política dessas articulações. Mas, isso não é coisa fácil quando o poder tem horror a horizontalidade. Ele propõe a verticalidade como isolamento, separação, atomização. Como terapeuta ocupacional que visa chegar à cidade, acompanhamos uma pessoa num novo viver junto, então, encorajamos a horizontalidade exacerbada uma vez que o sujeito é excluído do trabalho. Não há outra coisa à fazer além de estar junto com os outros. Não há nisso contradições quando o sujeito não tem nenhum direito a não ser o da sua humanidade. E ainda, nos colocamos ao lado dessa legião de psicóticos que não tem nada para fazer a não ser estar entre eles mesmos.

Esbravejamos seja contra o administrativo, seja contra as leis contraditórias que bloqueiam o retorno a casa; mas, esses protestos não tem subjacente o poder de transformar “o sistema”. Essas transformações, será que elas já passam pela visualização da chegada à cidade? Trata-se transformar ou criar? Será preciso substituir as assistentes sociais por assistentes políticas?

## Conclusão

Tirar do “ergon” a liberdade, isto é, a autonomia e a política é um erro fundamental. E não se trata também de transformar todos os terapeutas ocupacionais em militantes políticos uma vez que é preciso permanecer criativo. É isto que dá medo na palavra política, é sua reificação institucional que mantém as coisas fixas, uma função, um papel. Não se trata de sermos os atores da reinserção, da reabilitação, mas sim os autores. Além de inventar o cenário e direção, temos que representar as cenas onde possamos reverter as antigas proposições afim de que “A ação mude o mundo impulsionando a resistir” ( Transdisciplinaridade transcendental de Nicolas Truc Truc).

## Referências Bibliográficas

---

EDMOND M P - *Aritote La politique des citoyens et la contingence*, Édition Payot & Rivages, Paris, 2000.

HOLLIER D. - *Le collège de sociologie*, Édition Gallimard, 1995

## Notas

---

1 Nervure, tome XIII, No 5, juin de 2000, p. 7

2 Guihard, J-P, A interprofissionalidade em prejuízo do C.H.S., Memorial para obtenção de Quadro de Saúde em Ciências da Educação, Paris, Aix/Marseille, 1999, p 6.

3 “Chamamos de *praxis* o fazer no qual o outro ou os outros são vistos como seres autonomos e considerados como agentes essenciais do desenvolvimento de suas próprias autonomias”, Castoriadis C., A instituição imaginária da sociedade, 1975, p 112.

4 Ibid., p 114

5 ibid., p 159

6 ibid., p 161

7 Illich Y, um fator patogênico predominante. A obsessão de saúde perfeita em *Le Monde Diplomatique*, março 1999, p 28.

8 Op cit

9 Rocard M., A democracia inventiva, em Enriquez E., O gosto da Alteralidade, Desclée de Brower, Paris, 1999, p 167-182, 179, 180.

10 Redecker R., Cornélius Castoridis ou a politização da existência, em *Les temps modernes*, No 609, juin, juillet, aout 2000, p 131-154, p 142.

11 Sugiro a leitura de minha Memória A interprofissionalidade em prejuízo do C.H.S, pelas noções de grupo primário.

\* 6º congresso Europeu de Terapia Ocupacional, setembro de 2000- Paris

# *A Interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: Um Espaço para a Saúde*

LUCIENE VACCARO DE MORAIS

---

## **Resumo**

O artigo contextualiza a Interconsulta Psiquiátrica nos aspectos conceituais e assistencial-clínico, ressaltando a importância da equipe multiprofissional. Descreve a assistência de terapia ocupacional no Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

---

## **Palavras-chave**

Interconsulta Psiquiátrica,  
Hospitalização.

---

## **Introdução**

A Interconsulta Psiquiátrica tem sido compreendida como sendo a atuação de profissionais da saúde mental respondendo a solicitação de profissionais de outras clínicas com o objetivo de introduzir na assistência do hospital geral a interdisciplinaridade com a concepção interativa bio-psico-social de saúde e doença. Este setor mantém atividades clínicas, de ensino e de pesquisa para todos os profissionais da saúde mental em serviços não psiquiátricos, sendo esta uma das formas de instituir concepções psicossomáticas na interação do físico e do psíquico (LIPOWSKI, 1974; BOTEAGA, 1995).

A partir de 1930, a atividade de Interconsulta Psiquiátrica teve grande desenvolvimento, acompanhando o crescimento do movimento psicossomático e da implantação de unidades psiquiátricas em hospitais gerais.

Os estudos e descobertas da psicossomática tiveram grande influência na prática médica, permitindo aos médicos conhecimentos sobre o sentido inconsciente dos sintomas, a importância das emoções no funcionamento do corpo e aproximando-os da percepção psicodinâmica da relação médico-paciente (LIPOWSKI, 1974).

Para SMAIRA (1999), a compreensão psicossomática do indivíduo com alguma doença física, se dá diante da constatação que o dualismo corpo-mente não basta para explicar todo o processo do adoecer. Neste contexto da psicossomática, a doença é entendida em seus aspectos psicossociais e não somente como um mau funcionamento de um órgão ou sistema.

Em sua prática; o interconsultor oferece ajuda especializada no diagnóstico e no tratamento de pacientes

internados em unidades não psiquiátricas, que estejam apresentando dificuldades psicológicas, psiquiátricas e/ou psicossociais, assim como disfunções interpessoais e institucionais, envolvendo o paciente, sua família e a equipe de saúde. O objetivo é modificar a estrutura assistencial centrada na doença para um trabalho centrado no paciente, aprofundando o estudo da situação do doente e da relação médico-paciente (BOTEGA, 1995).

Tendo isto em vista, o interconsultor funciona como mediador entre o paciente, a família e a equipe prestadora de serviço, procurando estimular o diálogo, desfazer os “nós” da comunicação, e ajudar nos constantes conflitos entre os profissionais em ação no hospital geral (CONTEL, 1999).

LUCHINA (1982) apud ANDREOLI (1996), ressalta que o campo do interconsultor é um campo dinâmico, onde como um observador participante, ele está imerso nos fenômenos psicológicos que operam nas relações, funcionando como elemento integrador dos aspectos biopsicossociais tanto no paciente, como na equipe de saúde e nas interações com a instituição e a comunidade.

Conforme destacaram BORBA (1987), MADALENO & BOTEGA (1991), a interconsulta é solicitada em situações de conflito, na maioria das vezes não explicitadas, envolvendo sempre o paciente, o médico e a instituição onde se encontram. Portanto, o diagnóstico feito é situacional, considerando além da sintomatologia apresentada pelo paciente, a relação com a equipe e os aspectos institucionais com suas normas implícitas e explícitas, que tanto interferem na assistência ao enfermo.

Segundo FERRARI (1974), repetidas interconsultas levam através do tempo a uma leitura do estado de organização da instituição, como uma radiografia institucional revelando aspectos de seu funcionamento. Ordens e regulamentos, rotatividade na equipe, divisões do trabalho, horários e toda a sistemática que os membros devem seguir, mas também as ideologias, os valores e tabus, são fatores que contribuem mais para as necessidades do hospital do que dos pacientes, caracterizando as reações diante do adoecer e do viver a internação.

Submersos na instituição hospitalar, os pacientes vivem esta rotina e suas vicissitudes. Neste contexto inclui-se separação dos familiares e de pessoas queridas, a interrupção dos planos escolares, profissionais e familiares, descoberta de uma doença, ruptura do cotidiano, presença de dor física, além do medo da morte.

## ***Reações frente à doença e a assistência multiprofissional***

A situação de adoecimento e hospitalização, na maioria das vezes, é uma experiência estressante para o paciente. A passagem da situação de sadio para a de doente, mesmo que seja lenta, altera a relação do homem consigo mesmo e com seus familiares.

Diante da notícia de uma doença e da necessidade de hospitalização, inúmeras reações psicológicas podem aparecer, independentes da natureza da doença. “*A doença sempre representa uma avaria ao nosso narcisismo, uma ferida no sentimento de onipotência e imortalidade e uma vivência de fragilidade e dependência em relação aos outros* (Spitz, 1997, p.86)”. Observa-se ainda perda da identidade, reativação de fantasias infantis, regressão, sentimento de desproteção e de solidão.

O modo de adoecer sempre é um acontecimento singular que está relacionado com a história de vida, com o modo de viver e de se relacionar. Cada um adoce ao seu modo, e as vicissitudes deste acontecimento só podem ser compreendidas dentro do conjunto da história de vida do indivíduo (Spitz, 1997).

Não se pode perder de vista que estas pessoas estão em situação de profundo sofrimento causado pela perda da saúde, da auto-estima e pelas profundas mudanças em seu cotidiano.

Diante desta multiplicidade de problemas, dificuldades e tarefas a serem seguidas durante a internação, constata-se que não basta o diagnóstico e o tratamento biológico, mas uma atuação multiprofissional, que tenha como base um trabalho integrado em equipe. Por isso, o exercício profissional em Serviços de Interconsulta Psiquiátrica tem sido caracterizado, segundo a tendência atual, pela atuação de uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento ligadas a saúde mental, que têm como meta melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

O encontro destes profissionais com referenciais e linguagens distintas, poderá trazer profundos impactos à equipe “cuidadora” e/ou fragmentar ainda mais o paciente, pois agora tem um profissional para cuidar de cada pedaço dele. Por outro lado, acredita-se que os profissionais atentos não só às reações psicológicas do paciente, mas também à relação do paciente com a equipe, seu modo de viver o cotidiano institucional, suas relações sociais e familiares, terá oportunidade de proporcionar um atendimento integrado e eficaz.

Neste sentido, alguns autores ressaltam que a atuação do psiquiatra e de outros profissionais de saúde mental no hospital geral, não se limita à atenção direta aos pacientes, mas também “*criar uma instância reflexiva sobre o cotidiano da instituição e da prática assistencial, com possibilidade de detectar entraves na função assistencial...*” (MARTINS & BOTEGA, 1998, p. 106).”

Vários autores apontam a atuação multiprofissional como uma possibilidade de aproximar a compreensão psicossocial do conhecimento da equipe médica e do atendimento ao paciente. BADENHORST (1990) enfatizou que o sucesso do tratamento hospitalar de pacientes politraumatizados é altamente dependente da combinação de esforços da equipe médica, de terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia e de serviço social, no sentido de criar uma nova dimensão e descobrir junto ao paciente um novo caminho para viver com suas limitações. RUSTOMJEE & SMITH (1996) em um artigo sobre avaliação do Serviço de Consultoria Psiquiátrica para uma unidade de tratamento à pacientes renais, concluem que a intervenção de uma equipe multiprofissional é essencial para evitar que o paciente seja dividido e tratado somente em seus aspectos biológicos.

Orr & Wallack (1990), em um estudo sobre equipe multidisciplinar e Consultoria Psiquiátrica para pessoas com AIDS, ressaltam a necessidade de um trabalho multiprofissional que proporcione ao paciente internado estratégias para estimular a expressão de sentimentos, diminuição do isolamento social e aumento do uso efetivo de habilidades.

## ***A Interconsulta de Terapia Ocupacional***

A respeito da terapia ocupacional incluída como forma de alternativa terapêutica, BENETTON (1994, p.153) a descreve como tendo uma predisposição para a busca de mudanças. Por isso, em situações desfavoráveis de vida, onde por diferentes razões indivíduos não conseguem melhorar esta condição sozinhos, a terapia ocupacional “*se apresenta como um recurso capaz de analisar, orientar e conduzir ações introdutoras e promotoras de mudanças em contextos desfavoráveis*”.

Esta colocação ajuda a pensar o profissional terapeuta ocupacional que trabalha em Serviços de Interconsulta, diante da assistência a pessoas doentes, hospitalizadas, em situações de rompimento com a rotina de vida, e que por diferentes razões encontram-se “em crise” e a saúde sendo afetada pelo tipo de tratamento proposto, na e em relação com seus familiares, com e na equipe e enfim as grandes dificuldades no cotidiano hospitalar.

PORTER (1988) resalta que na literatura, o papel descrito para a atuação do terapeuta ocupacional em Serviços de Interconsulta Psiquiátrica, é restrito ao manejo do estresse provocado pela doença e treino de relaxamento. Isto, devido ao fato que a maioria dos artigos disponíveis indicam somente a presença deste profissional, poucos descrevem sua função, participação regular e integral. Ampliando esta visão consideramos que o terapeuta ocupacional promovendo a realização de atividades, mesmo no leito, suplanta o manejo do estresse e do relaxamento procurando em princípio uma nova articulação no meio hospitalar. A seguir, essa interação ambiental, tem a função de manter o sujeito ativo, potencializando sua performance e até mesmo sua participação no tratamento. Concomitantemente, a ampliação e a descontração no relacionamento entre enfermos, com a equipe e mesmo familiares estabilizam o emocional de tal forma a facilitar condutas terapêuticas que muitas vezes são agressivas e dolorosas. Pensamos que no geral a terapia ocupacional em interconsulta tem a especial função de mudar a posição “passiva” do paciente frente aos terapeutas, tratamento e o hospital e isto é conseguido à partir de mantê-lo “ativo”.

No Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (HCFMRP-USP), assistimos em interconsulta com múltiplos objetivos que abrangem uma extensa gama de situações hospitalares. Para exemplificar, apresentamos três solicitações da nossa assistência:

- I) “Paciente com SIDA, seqüela de neurocriptococose, ficando cega há dois meses e meio. Vem apresentando quadro depressivo, gerado por abandono familiar relativo. Peço avaliação e acompanhamento no sentido de oferecer mais opções para ela se sentir ativa, melhorar a auto-estima e acolhimento, apesar de sua deficiência visual.”
- II) “Paciente de 24 anos, com hepatite medicamentosa, evoluiu com alterações no comportamento, alucinações auditivas e visuais, delírios persecutórios”. Suspeita-se de vasculite lúpica. Tem permanecido longo tempo contida, pois já tentou suicídio e fuga por diversas vezes. Mantém-se psicótica e necessita estímulos para manter alguma atividade. Solicito avaliação e conduta.”
- III) “Paciente com obesidade mórbida internado para programa de reeducação alimentar. Necessita atividades (ocupacionais). Solicito avaliação e conduta”.

Observa-se que, na maioria das vezes a solicitação de terapia ocupacional está ligada a proposição de estimular

o paciente a fazer atividades, a preencher o tempo ocioso, a ajudar na adaptação do paciente à doença e à internação e auxiliar no manejo dos aspectos psicossociais.

Há, no entanto, grande parte de pedidos de interconsulta que informam somente o quadro clínico, não descrevendo o motivo do encaminhamento para a terapia ocupacional.

Neste serviço, são atendidos pacientes internados em clínicas que não possuem terapeuta ocupacional e que estejam apresentando dificuldades sócio-emocionais, de relacionamento e de adaptação ao ambiente hospitalar ou ainda que estejam apresentando dificuldade para retomar o seu cotidiano.

O terapeuta ocupacional atende prontamente ao pedido, procurando o solicitante e/ou equipe assistencial para colher informações adicionais sobre o motivo do pedido e os aspectos clínicos do paciente. Informações de prontuários e anotações clínicas somam-se aos dados colhidos e auxiliam a compor um conhecimento da dinâmica estabelecida entre paciente, equipe, familiares e hospital.

Os atendimentos são realizados nas enfermarias, refeitórios, jardim do hospital ou em salas de atendimentos do hospital.

No Hospital das Clínicas, para fins didáticos, as nossas funções são apresentadas nos seguintes itens:

- Avaliar o paciente, sua história de vida, conhecendo seu modo de viver e de se relacionar, assim como a história de sua doença e o motivo da internação.
- Manter a atenção sobre os aspectos sócio-emocionais do paciente, o estado de desadaptação, os possíveis desajustes frente à doença e a hospitalização e a repercussão sobre as relações sociais.
- Estabelecer com o paciente, a família e a equipe um plano de tratamento que ajude a prevenir o agravamento do quadro bio-psico-social.
- Criar condições para que a internação não interrompa gravemente a rotina de vida do paciente, diminuindo o sofrimento causado por estar longe de seus objetos e pessoas queridas.
- Auxílio à equipe de profissionais no manejo do caso.

Nos atendimentos, as atividades são realizadas buscando a criação, o prazer e a potencialização de capacidade de ampliação do tão limitado cotidiano.

A melhora da qualidade na internação é preocupação constante para o terapeuta ocupacional interconsultor, que, junto à equipe e aos familiares, portando objetos pessoais para o quarto, estimulando a participação do paciente nas decisões e intervenções terapêuticas, promovendo convivência social, auxiliando a retomada das atividades de cotidiano e na vivência concreta de suas capacidades, muitas vezes ocultas devido ao processo de adoecimento e internação. Quando possível é o terapeuta ocupacional quem acompanha o paciente a passeios no hospital ou mesmo fora dele.

No decorrer da relação triádica (terapeuta-paciente-atividades), pode-se observar com frequência os inúmeros sentimentos de incapacidade, autodesvalorização, dependência, medo da incapacidade, do retorno à vida profissional e da tristeza e angústia frente a possibilidade de dor e da morte.

É o terapeuta ocupacional quem propicia a possibilidade de viver aspectos sadios ou situações saudáveis onde potencialidades e autonomia ampliam a capacidade egóica.

A respeito da presença de terapeutas ocupacionais compoendo a equipe, BOTEGA (1997), em um censo nacional de unidades de psiquiatria em hospitais gerais, ressenete a falta deste profissional, que a seu ver é imprescindível para tornar mais terapêutico o período de permanência de pacientes psiquiátricos em hospitais gerais, ambiente onde limitações de espaço físico e de alternativas de atividades são marcantes.

Nas interconsultas, observamos que determinadas dificuldades levam o médico a pedir ajuda no tratamento do paciente e mais do que isto, dividir com o interconsultor terapeuta ocupacional a responsabilidade pelas longas e ociosas internações, onde não raro a principal queixa é: “doutor, eu não agüento mais não fazer nada!”

**Referências Bibliográficas**

- ANDREOLI, P. B. A. - *Interconsultor: um papel possível para o psicólogo no hospital geral?*. Temas, 51:22-30, São Paulo, 1996.
- BADENHORST, J. C. C. - *Psychotherapeutic Approach to the Management of the Severely Injured Patient*. Psychotherapy and Psychosomatics, 53: 156-160, nov., 1990.
- BORBA, L.E.G; SCOPEL, J. M; ALBUQUERQUE, C.I. - *Consultoria Psiquiátrica no Hospital Geral Universitário*. Acta Médica, 207-215, 1987.
- 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 de Campinas.
- BENETTON, M.J. - *A Crise na Terapia Ocupacional ou a Terapia ocupacional na Crise ?*. Boletim de Psiquiatria, 28(2): 24-27, 1995.
- BOTEGA, N. J.( org.) - *Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral*, Campinas, Papyrus, 1995.
- BOTEGA, N. J. & SCHECHTMAN, A. - *Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais : I. Situação atual e tendências*. Rev.ABP-APAL, 19 (3): 79-86, 1997.
- CONTEL, J.O .B. (org.) - *A Consultoria Psiquiátrica no Hospital das Clínicas da FMRP: A Unidade de Transplante de Medula Óssea (UTMO)*. Anais do VII Ciclo em Saúde Mental – Ribeirão Preto, São Francisco, 1999.
- FERRARI, H. - *Interconsulta y funcionamiento institucional*. Acta psiquiát. Psicol. Amér. Lat., 20: 51-57, 1974.
- LIPOWSKI, M.D. - *Consultation-Liaison Psychiatry: An Overview*. American Journal of Psychiatry, 131(6): 623-630, June, 1974.
- MADALENO, R. J. & BOTEGA, N. J. - *Interconsulta Psiquiátrica no Hospital Geral Universitário- Um ano de Hospital das Clínicas/ UNICAMP*. J. Bras. Psiq., 40 (2):95-98, 1991.
- MARTINS, L.A .N. & BOTEGA, N.J. - *Interconsulta Psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes*. Revista ABP-APAL, 20(3): 105-111, julho-setembro, 1998.
- ORR, A .D. & WALLACK, J.J- *Multidisciplinary Approaches to Consultation-Liaison Psychiatry*. Psychosomatics, 31(4),441-445, 1990.
- PORTER, J. B.- *a Psychiatric Consultation-Liaison Service in a Community Hospital*. Can. J. Psychiatry, 33, 271-274, 1988
- RUSTOMJEE, S. & SMITH, C. G.- *Consultation-Liaison psychiatry to renal medicine: work with an inpatient unit*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30: 229-237, 1996
- SMAIRA, S. I. - *Transtornos Psiquiátricos e Solicitações de Interconsulta Psiquiátrica em Hospital Geral: um Estudo Controle*. Tese (doutorado), Ribeirão Preto, 1999, Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de medicina de Ribeirão Preto-USP.
- SPITZ, L. - *As Reações Psicológicas à Doença e ao Adoecer*. Cadernos IPUB-Saúde Mental no Hospital Geral, Instituto de Psiquiatria UFRJ, 6:85-97, 1997.

# *Implantação de um Serviço de Terapia Ocupacional em uma Unidade de Medula Óssea*

ANA PAULA MASTROPIETRO

## **Resumo**

O Transplante de Medula Óssea (TMO) vem se constituindo como uma alternativa eficaz em diversos casos de neoplasias e doenças hematológicas. Trata-se de um procedimento complexo, tanto do ponto de vista orgânico como psicossocial, de tal modo que a atuação de profissionais da saúde mental nesse contexto tem sido cada vez mais reconhecida. Segundo dados da literatura, esse tipo de acompanhamento se faz importante em todas as fases do Transplante: antes, durante e após a internação, incluindo também os familiares desses pacientes nos programas de internação. Levando-se em consideração tais fatos, foi estruturado o serviço de terapia ocupacional na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). O objetivo do presente trabalho é o de descrever a estruturação de tal serviço. Tal fato vai corroborar dados disponíveis na literatura específica do Transplante de Medula Óssea, que evidenciam a necessidade de um suporte do terapeuta ocupacional para esses pacientes, visando inclusive uma melhora na qualidade de vida que eles vão usufruir no futuro.

## **Introdução**

Este projeto tem como objetivo informar para a equipe da Unidade de Transplante de Medula Óssea (UTMO) e para a equipe de terapeutas ocupacionais contratados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) sobre a implantação e organização de um serviço de Terapia Ocupacional.

Onde será descrita a estruturação do serviço de atendimento de Terapia Ocupacional da UTMO do HCFMRP-USP. Posteriormente, com a vivência do profissional na Unidade, este projeto será ampliado e aprofundado.

## **Aspectos gerais do transplante de medula óssea (TMO)**

O Transplante de Medula Óssea (TMO) é uma alternativa utilizada no tratamento de diversos tipos de neoplasias e doenças hematológicas (Neitzert, 1998). Existem três tipos de TMO, todos eles envolvem a remoção da medula óssea do paciente pela irradiação de corpo inteiro e/ou alta dose de quimioterapia. A medula óssea pode ser, então, substituída pela medula óssea do próprio indivíduo (TMO autólogo), pela medula de um gênero idêntico (TMO singênico) ou pela medula de um doador compatível imunologicamente (TMO alogênico) (Almeida, 1998).

Segundo estudo realizado por Masetti et al (2000), existem nove diferentes etapas do TMO, e cada uma delas tem repercussões psicológicas características como, *internação-isolamento* - ansiedade frente ao que está por vir; *implantação do cateter* - ansiedade frente à cirurgia vascular; *início da quimioterapia-somatório* dos sintomas somáticos e do medo das conseqüências da quimioterapia: alopecia, mucosite, aplasia; *aplasia* - insegurança, sentimentos de persecutoriedade; *infusão da medula* - medo de “receber” as características do doador; *alopecia* - ansiedade frente a alteração da imagem corporal; *mucosite* - irritabilidade causada pela dor, impossibilidade de conversar ou se alimentar, dependência, impressão de que o tempo não passa; *pega da medula* - alívio, considerando o sucesso do tratamento; *alta* - insegurança, medo em não saber se cuidar sozinho, medo da necessidade de reinternação.

Estudos como Almeida (1998), Masetti et al (2000) e Contel et al (2000) mostram a complexidade e intensidade da demandas emocionais e físicas associadas ao pré-TMO, onde paciente toma consciência do diagnóstico e da opção de realização do TMO, ao TMO, como foi descrito no estudo acima e o pós-TMO, onde o processo de TMO pode ter efeitos na vida dos pacientes como disfunção sexual, dificuldade nas relações sociais, ansiedade, depressão, desemprego e limitações quanto às atividades recreativas, alterações nos seus hábitos de vida, perda ou prejuízo da capacidade produtiva, perda da independência e de alguns papéis sociais ( Andrykowski, 1994).

### **Caracterização e descrição da unidade de transplante de medula óssea do HCFMRP-USP**

A unidade de TMO foi proposta pela equipe médica especializada em 1998, tendo sido encaminhada à administração do HCFMRP-USP, e à divisão de Enfermagem. As atividades da Unidade foram iniciadas em setembro de 1992. A unidade sofreu interrupções de suas atividades duas vezes, em dezembro de 1992 e outubro de 1993, por insuficiência de pessoal de enfermagem. Deste de 1994, funciona continuamente. Em seu estudo Almeida (1998) salienta que dentre outras fatores que favorecem a consolidação da Unidade, o principal foi a organização de uma equipe multidisciplinar.

### **Objetivo da UTMO**

O objetivo desta unidade é de reconstituir o órgão hematológico enfermo, após a aplasia medular, seja ela de causa benigna primária (p. ex. anemia aplástica), secundária à neoplasia maligna (p. ex. leucemias e linfomas) ou ainda relacionada ao tratamento realizado para estas neoplasias (p. ex. radioterapia ou quimioterapia).

### **Clientela**

A UTMO atende pessoas portadoras de Leucemia Mielóide Crônica, Leucemia Mielóide Aguda (fase de remissão), Anemia Aplástica Grave, Leucemias Linfóides Agudas, Mielomas, Doença de Hodgkin, entre outras.

A UTMO possui quatro leitos, em cada um deles permanece o paciente e o acompanhante.

**Tempo de internação:** Variável ( 30 a 40 dias)

### **Formação da equipe:**

- dois médicos docentes;
- três médicos contratados;
- um médico (R4) que é fixo durante o ano;
- quatro médicos residentes (R3) fazem rodízio durante o ano;
- uma fisioterapeuta;
- uma assistente social;
- uma psicóloga;
- quatro enfermeiros;
- quatro técnicos em enfermagem;
- quatro auxiliares de enfermagem;
- uma auxiliar administrativa;
- uma nutricionista;
- quatro aprimorandas de nutrição que fazem rodízio durante o ano;
- um médico psiquiatra da interconsulta psiquiátrica;
- quatro residentes de psiquiatria da interconsultoria psiquiátrica que fazem rodízio durante o ano.

### **Rotina diária da enfermagem**

#### **Manhã:**

Neste período, os pacientes tomam banho e são encaminhados para a maior parte dos exames, e os leitos são higienizados.

#### **Tarde:**

Pacientes assistem televisão, recebem medicações, dormem, caminham no jardim (quando estão próximos de alta).

Durante estes períodos os pacientes realizam atendimentos com os profissionais da equipe, onde cada profissional delimita a frequência dos atendimentos baseados na necessidade de cada paciente.

### **Rotina do paciente no TMO**

Segundo Masetti et al (2000), a rotina de um paciente na enfermagem do TMO obedece a uma certa ordem, sendo possível uma estimativa de datas aonde eventos importantes irão ocorrer o paciente isolado.

**Internação** – No isolamento, o paciente sente-se solitário, isolado de sua função social frente aos amigos e à família, verbaliza a sensação de estar em uma prisão. Nesse momento é muito importante a presença do acompanhante e de visitas.

**Implantação do cateter** – O paciente fica ansioso devido a necessidade da cirurgia vascular para a implantação do mesmo (o paciente passa por toda a rotina do centro cirúrgico). A informação do paciente dos benefícios do cateter, além da informação técnica do funcionamento do mesmo e de sua implantação (local, procedimento).

**Quimioterapia** – Há uma grande preocupação em relação aos efeitos que advirão desse processo quimioterápico (mucosite, vômito, alopecia, risco de infecções associados ao risco de vida.).

**Infusão da medula** – É comum a preocupação em relação a transmissão de características do doador através de sua medula, de modo que um homem que recebe a medula da irmã teme ficar efeminado. O paciente pode relacionar a infusão da medula com o término do TMO.

**Aplasia** – Período situado entre a infusão e a pega da medula, onde é grande o risco de uma infecção. É nesse período que o paciente sofre os efeitos da quimioterapia (vômito, mucosite, alopecia...).

**Mucosite** – O paciente apresenta irritabilidade em virtude de não poder ingerir nada, nem se comunicar verbalmente. Sente que está piorando. Alopecia – É grande a ansiedade pelo retorno a aparência antiga, como também é grande o medo de que isso não venha ocorrer.

**Pega da medula** – a notícia da pega é sempre acompanhada por grande euforia, representando para o paciente a recompensa de todo o seu sacrifício. Esse período pode ser seguido pela ansiedade da alta hospitalar, que pode demorar. A informação se a resposta da medula é particular é fundamental para o paciente perceber sua responsabilidade na recuperação.

**Alta hospitalar** – É esperada com impaciência durante toda a internação, principalmente após a notícia da pega. No entanto, quando é concedida a alta, o paciente se sente inseguro, com medo de não ser capaz de saber se cuidar, de ficar muito exposto lá fora.

### *Casa de apoio:*

Os pacientes submetidos ao TMO permanecem cerca de cem dias, período de recuperação, freqüentando diariamente o Hospital Dia, onde recebem atendimentos de todos os profissionais da equipe do TMO; recebem orientações e intervenções para o sucesso do transplante evitando assim intercorrências. Portanto, neste período, os pacientes necessitam permanecer próximos ao hospital.

Em agosto de 1994, um grupo de voluntárias da comunidade, formou a Associação do Grupo de Apoio ao Transplante de Medula Óssea (GATMO), que através de solicitações à prefeitura do Campus da USP e ao HC, receberam uma casa inaugurada após reforma e mantida até hoje com o apoio do HCFMRP-USP, voluntários da comunidade e a prefeitura do Campus da USP. Esta casa abriga pessoas sem condições financeiras para permanecerem na cidade de Ribeirão Preto com seus próprios recursos.

### **Número de moradores:**

A casa abriga 14 pessoas, sendo 7 pacientes e seus acompanhantes.

### **Rotina diária:**

- Manhã: Pacientes são atendidos no Hospital Dia
- Tarde: Recebem visitas de voluntários, familiares e amigos.

### *Hospital dia*

O Hospital Dia é uma modalidade assistencial intermediária situada entre a atenção ambulatorial e hospitalização integral (Botega, 1995). Destinado a atender diariamente, inclusive sábado e domingo, durante cem dias ou até que o paciente não possa ser seguido no ambulatório, por motivos de complicações na situação clínica, os pacientes pós TMO, chamado de Pós TMO Imediato.

### *Ambulatório*

O Ambulatório é um equipamento destinado a atender os pacientes que chamado de Pós TMO Tardio, onde os pacientes são acompanhados por todos os profissionais da equipe, dependendo da necessidade do paciente será determinado a freqüência dos atendimentos e dos profissionais que irão acompanhá-lo.

<b>Dias da Semana</b>				
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8:00 às 11:00				
hospital dia/pós-tmo imediato				
11:00 visita	10:00 seminário	11:00 visita	11:00 visita	11:00 visita
	10:00 visita	10:00 journal club		10:00 grupo de apoio
	14:00 ambulatório/ pós-tmo tardio	14:00 ambulatório/ pós-tmo tardio	14:00 ambulatório/ pré-tmo	

## ***Terapia ocupacional na unidade de transplante de medula óssea do HCFMRP-USP***

Profissionais como fisioterapeuta, psicólogo e terapeuta ocupacional, têm ampliado a equipe multidisciplinar dos hospitais, contribuindo para a melhora da qualidade de internação, minimizando os sentimentos desagradáveis produzidos pelo aparecimento de uma doença e pela hospitalização, diminuindo o tempo de internação, auxiliando a equipe conhecer o paciente em seus aspectos globais, com o objeto final, quando possível, melhorar a qualidade de vida do paciente após a alta.

A terapia ocupacional desenvolve ações que estão relacionadas com a vida cotidiana, sendo uma proposta de tratamento que propicia o pensar no psíquico relacionado ao problema de inserção e participação na vida social, assim como, na autonomia, independência e na qualidade de vida do indivíduo.

### ***Atividades do terapeuta ocupacional na UTMO do HCFMRP-USP***

#### ***1 - Visitas***

É de fundamental importância a participação do terapeuta ocupacional nas visitas, nas quais são relatados os quadros clínicos de pacientes internados na enfermaria e pacientes atendidos no hospital dia e ambulatório, permitindo que o terapeuta ocupacional entenda e compreenda o momento do tratamento de outros profissionais como médico, psicólogo e fisioterapeuta. Nestas visitas o terapeuta ocupacional também poderá, quando achar necessário, comunicar a equipe no momento em que o paciente encontra-se no tratamento de Terapia Ocupacional.

#### ***2 - Grupo de apoio de longa duração à equipe multiprofissional***

De outra atividade que todos profissionais na UTMO participam na qual é importante a presença do terapeuta ocupacional, é o grupo de apoio para os profissionais de TMO, coordenado pelo psiquiatra Prof. Dr. Onildo Contel, a assistência de grupo se deve pela observação que trabalho do TMO gera elevado grau de estresse na equipe multiprofissional.

#### ***3 - Seminários***

Ainda existem seminários organizados para os residentes nos quais são estudadas situações clínicas dos

pacientes do TMO, intervenções terapêuticas dentre outros termos médicos, onde o terapeuta ocupacional poderá participar para poder se familiarizar com a linguagem médica e conhecer melhor as intervenções médicas e conhecer melhor os problemas clínicos dos pacientes, nestes seminários o terapeuta ocupacional, quando solicitado, poderá apresentar seminários da própria prática no TMO.

#### ***4 - Journal Club***

Outra atividade é o Journal Club, que são momentos no qual a equipe se reúne para apresentar algum artigo atualizado de TMO, onde todos os profissionais podem apresentar artigos que lhe parece-me importantes para dividir com o restante da equipe.

#### ***5 - Avaliação do paciente pré-TMO***

E quando o terapeuta ocupacional aplicará instrumentos de avaliação, como escala e entrevista semi-estruturada, com o objetivo de compreender qual é o valor do fazer na vida do paciente, conhecer qual é o espaço que cada paciente coloca o fazer antes do TMO, contribuindo assim com a triagem do paciente ao TMO.

#### ***6 - Orientação a oficinas de atividades artesanais na casa do GATMO***

A casa do GATMO conta com a colaboração de uma equipe de voluntárias, onde foi organizado um espaço para ser realizada uma oficina de atividades artesanais, na qual as voluntárias fornecem os materiais e ensinam atividades artesanais. Após o termino das atividades, o produto final é vendido em uma feira que acontece duas vezes por semana dentro do HCFMRP-USP, sendo o dinheiro arrecadado revertido para a compra de novos materiais e outras necessidades do GATMO.

#### ***7 - Atendimentos individuais para pacientes na enfermaria***

#### ***8 - Atendimentos para acompanhantes (individual, grupal ou junto do paciente, dependendo da avaliação do terapeuta ocupacional) na enfermaria***

#### ***9 - Atendimentos individuais para pacientes em hospital dia***

#### ***10 - Atendimentos para acompanhantes (individual, grupal ou junto do paciente, dependendo da avaliação do terapeuta ocupacional) no hospital dia***

## 11 - *Atendimentos individuais para pacientes em ambulatório*

## 12 - *Atendimentos para acompanhantes (individual, grupal ou junto do paciente, dependendo da avaliação do terapeuta ocupacional) no ambulatório*

### **Processo de tratamento em terapia ocupacional**

Baseando-se no método dinâmico, que estuda os elementos que constituem a relação triádica, é de fundamental importância apontar além da existência dos três termos da relação: terapeuta ocupacional, paciente e atividades, a existência das dinâmicas relacionais, dinâmicas das atividades e dinâmicas triádicas.

No método dinâmico o terapeuta ocupacional é provido de recursos provenientes da formação, dentre eles, o conhecimento de técnicas de realização de atividades.

Paciente (sujeito alvo) é aquele que por diferentes e combinadas razões, está socialmente excluído de uma parte significativa das atividades sociais, interagindo então, de forma insatisfatória com sua família, escola, trabalho, tornando-se um solitário, não se deixando atrair por divertimentos e atividades culturais (BENETTON, 1999).

Para a autora citada acima, atividades são definidas com 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.

Sendo então, as atividades e a entrada do sujeito nesse sistema terapêutico, elementos que desencadeiam a terapia ocupacional. *“São as atividades que definem uma ação específica da terapia ocupacional. Ação que geralmente se desenvolve numa área de interação entre: físico e o psíquico, o objetivo e o subjetivo, o material e o imaterial”* (Benetton, 1999, p.108).

A exclusão social é a problemática de partida da Terapia Ocupacional, que tem como objetivo final a inclusão social. Possibilitando que o indivíduo tenha independência e autonomia, sendo presente naquilo que faz, inserido então em seu cotidiano.

Nos atendimentos o terapeuta ocupacional tem como objetivos:

- Avaliar qual é o valor do fazer na vida do indivíduo, conhecer e compreender qual é o espaço que cada indivíduo coloca o fazer na construção do seu cotidiano;
- Fazer um diagnóstico situacional, *“não classificatório ou explicativo, consistindo na descrição e análise das condições sócio-emocionais, os quais o sujeito apresenta em nosso primeiro encontro. Por ser descritivo-analítico esse diagnóstico deve ser feito durante todo o processo, possibilitando a observação das etapas evolutivas da terapia”* (BENETTON, 1999, p. 109);
- Abrir um espaço onde os sentimentos possam ser expressados, vivenciados e conhecidos;
- Construir uma nova relação com seu fazer cotidiano através das experiências vivenciadas na relação triádica.

No primeiro atendimento é apresentado a Terapia Ocupacional, dando ênfase na dinâmica de uma relação triádica que ocorra em um setting, que possibilite ser ao mesmo tempo de produção, construção interna e externa.

Em um segundo momento é oferecido ao paciente contato com os materiais disponíveis no serviço, estimulamos a escolha de uma atividade de desejo, ensinamos atividades, proporcionando produções concretas, sustentando o desenvolvimento da subjetividade, criando situações onde possa perceber que ações, atitude e atividades são elementos de comunicação e compondo assim, o processo terapêutico.

Neste contexto, o paciente é aquele que escolhe, traz seus conceitos e ações, advindos com a experiência, com a doença, e o terapeuta aquele que favorece as reflexões e discussões na perspectiva de identificação e trato das questões conflitivas.

Quando a alta hospitalar está próxima, é proposto que os pacientes tragam as atividades produzidas e compiladas durante a internação, para juntos, terapeuta ocupacional e paciente, revê-las, agrupá-las, separá-las, compará-las; ao mesmo tempo terapeuta observa e registra o processo de realizá-las, para compor um quadro de informações suficientes sobre o sujeito e sua produção, possibilitando o entender dessa comunicação, relações com seu psique e sua vida cotidiana (BENETTON, 1999).

---

**Referências Bibliográficas**

---

ALMEIDA, A. C. *Avaliação psicológica e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea*. Dissertação de Mestrado- F. F.C.L.R.P- Dep. De Pós-graduação em Psicologia, Ribeirão Preto, 1998.

ANDRYKOWSKI, M. A. *Psychosocial factors in bone marrow transplantation: a review and recommendations for research*. Bone Marrow Transplantation, 1994, 13: 357-375.

BENETTON, J. *Trilhas associativas. Ampliando recursos na clínica da Terapia Ocupacional*. São Paulo: Diagrama&Texto/CETO – Centro de Terapia Ocupacional, 1999. 141p.

BOTEGA, N.J. (ORG.). *Serviço de saúde mental no hospital geral*. Campinas, São Paulo: Ed. Papirus, 1995.

BRAYMAN, S. J. *Comprehensive occupational therapy evaluation scale*. The American Journal of Occupational Therapy. v. 30, n. 2, 1976.

BRESSAN, L. *Projeto de implantação de um serviço de Terapia Ocupacional no HCFMRP-USP*. Ribeirão Preto, 1998, mimeo.

BRIGGS, K. A. *Perguntas e respostas de terapia ocupacional psicossocial*. Ed. Manoel Ltda, São Paulo, 1987.

CONTEL, J. O. B. et al. *Aspectos psicológicos e psiquiátricos do transplante de medula óssea*. Medicina, Ribeirão Preto, 33: 294-311, jul./set. 2000.

HOUSTON, D. *The bay area functional performance evaluation: development and standardization*. The American Journal of Occupational Therapy. v. 43, n. 3, 1989.

MASETTI, L. M. T. et al. *Atendimento psicológico numa unidade de transplante de medula óssea*. Medicina, Ribeirão Preto, 33: 161-169, abr./jun. 2000.

NEITZERT, C. S. et al. *The psychosocial impact of bone marrow transplantation: a review of the literature*. Bone Marrow Transplantation, (1998) 22: 409-422.

# *O fazer, o dizer... Falando de Terapia Ocupacional \**

JULIE CUNNINGHAM PIERGROSSI

TRADUÇÃO: JÔ BENETTON

Fazer, sentir, ser.

É um processo que se repete, sempre igual, mas sempre diverso. Se faz, se sente e é.

“Era melhor não vir”, disse-me um paciente de nove anos, chorando.

O menino tinha apenas questionado-me sobre quanto tempo restava ainda para o fim da sessão e eu tinha respondido: 25 minutos. Estávamos ainda no primeiro tempo de uma partida de futebol de mesa, que ao início havia sido decidido que seria de dois tempos mais outros dois tempos suplementares, mais os pênaltis. Para ele parecia que esse tempo andava muito veloz. Dizia que não era justo e a idéia deve finalizar este belo jogo (esta bela sessão) o havia enchido de tristeza.

A sua reação muito forte havia surpreendido-me. Era muito mais que um capricho de um menino que não quer interromper o jogo. Só nesse momento comecei a intuir a importância da sua partida de futebol. O forte sentido de aborrecimento que tinha me surgido pela repetitividade do seu jogo começava a se dissolver. Estávamos dia a dia no jogo que se desenrolava sempre do mesmo modo, tudo controlado completamente por ele: o número de gols assinalados, faltas fixadas, o rigor das penalidades.

Não havia emoção no jogo porque tudo era premeditado. Esse seu pranto em torno do tempo que passava havia-me feito perceber finalmente a força que colocara no ato de controlar tudo. Sem controle, só existia angústia. Esse menino havia tocado numa das temáticas mais dramáticas da vida: a angústia do tempo que passa e a coisa que acaba. Ele que afrontava a angústia a seu modo, solitário, a tinha compartilhado comigo numa partida de bola.

Marco prepara a batatinha silencioso e concentrado. Olhando a metade da batata que estava cortada em pedaços, põe a baixo tudo e diz que não é capaz, “faça você”. Diz isso

com ar enfasiado e resignado. Larga a batata e faca como se tivesse terminado naquele momento, como se não estivesse presente ele, Marco, mas só a faca e a batata. Com aquele “faça você”, dito friamente sinto-me usada como objeto, não como pessoa. Fico aborrecida, frustada e conscientemente atenta e naquele momento com muita antipatia por ele.

Levanto o rosto para olhá-lo melhor, antes de dizer-lhe o que está fazendo e vejo um menino de oito anos sem curiosidade, sem vontade, sem qualquer energia positiva que lhe permita avançar na vida, e alguma coisa me entristece. Experimento a ternura versus uma fragilidade que corre o risco de não ser segura. {(seria isso o correto?}}

Digo-lhe que vejo um saco de pedaços de batatas já cortadas, então, ele é capaz. Deve haver algum outro motivo para que ele não siga avante, mas ele não me responde. Continuo, que aqui é um lugar que as crianças fazem, escolhem cozinhar e o adulto é um assistente. Queria ressaltar o fato que esta era uma oportunidade para ele poder decidir e não estar sob a imposição de um adulto. Não lhe digo para terminar a batata e também não vou terminá-la. Como resposta Marco toma na mão a faca e começa a cortar a batata a golpe veloz, com uma expressão feroz no rosto e de um modo muito mais agressivo do que antes. Digo-lhe que pareciam golpes de Samurai e o vejo se divertindo genuinamente. Nesse momento estamos juntos.

Tinha pegado a faca e a batata como para dizer, “veja o que me fez fazer” fazendo ver o quanto era perigoso. Quando finalmente estou perto de aproximar-me da sua agressividade transformo-a em jogo compartilhado com a palavra Samurai, ele pode ver-me como aliada protetora de uma relação que esta sendo jogada e pensada. Este menino lacrimoso e nunca satisfeito em casa e na escola havia conseguido ser antipático também diante da terapeuta. O fato de pensar que ele tinha necessidades e de ser capaz de ajudá-lo havia mudado qualquer coisa em nós dois.

“Sinto-me um forno”, dizia uma aluna de terapia ocupacional, falando de uma paciente, uma menina de 13 anos que leva embora tudo que cozinha durante a terapia. Essa paciente traz de casa os ingredientes em vez de usar os da terapeuta.

Esta se sente usada, insiste em mudar a atividade e por cinco sessões a paciente não vem à terapia.

Falando-me em supervisão, a terapeuta descreve a sua raiva, a sua vontade de “não dar”, a essa paciente tão difícil. Descreve a situação como: ou dá tudo que a paciente pede ou deve enfrentar o “não” dessa menina a cada proposta que fizer.

Ao longo da supervisão, a aluna se recorda do início da terapia, da primeira sessão de observação na qual a menina havia dito “tenho a cabeça vazia”. A terapeuta se recorda de haver fantasiado de poder preenchê-la. De um lado se sente um forno, quer dizer, uma que gratifica, mas, de maneira passiva. Por outro lado, sente não conseguir oferecer nada que verdadeiramente satisfaça a paciente. O que falta é um verdadeiro encontro entre as duas. O terapeuta ocupacional não pode preencher a cabeça de um outro, mas pode procurar um espaço na sua própria cabeça para pensar em uma menina muito só que ocupa o lugar de uma menina sempre insatisfeita e arrogante. Só assim poderá começar a sentir por sua paciente.

Giorgio, um rapaz de 13 anos entra na sala, fica quieto e espera enquanto um outro de seu grupo tira fora o material para jogar. Quando lhe pergunto o que quer fazer, responde-me claramente para não lhe fazer essa pergunta, pois ele não sabe o que responder.

Percebo que com a minha pergunta espontânea coloco em evidência sua dificuldade de escolher. Por outro lado, se não se falava com ele, era capaz de permanecer quieto por uma hora. Se eu dissesse “Giorgio pegue sua canetinha que eu preparo o papel, ele esperava na mesa, quieto, aparentemente tranquilo, mas, sem pegar nada. Comecei a dar-lhe quase tudo: a idéia para uma atividade, o material necessário, deixando-o só e sossegado a criar”.

A sua resposta era um desenho repetido muitas vezes com variações gráficas, mas sempre o mesmo tema, “A Julie na prisão”. Não conseguia dizer-me nada, mas estava claramente divertido e satisfeito.

No seu desenho eu era punida, estando imóvel e controlada em um espaço intermediário onde o material que lhe dava e com o qual jogava era a resposta. Colocando-me na prisão Giorgio tinha encontrado uma maneira de jogar

com o seu medo, seu desejo, e a minha irritação inicial pela sua imobilidade foi substituída por um jogo racional criativo numa verdadeira contribuição por parte dos dois.

Claudia me diz que não volta mais, que há muito a fazer na escola. Não é a primeira vez que inicia assim a sessão. Tinha aceito vir à terapia ocupacional principalmente porque podia comer.

Apesar da sua declaração de recusa, durante a sessão fica bem. Faz comida e fala-me de muitos perigos de vir até a mim: o consultório que sente que é longe, a senhora da frente que fala mal, o ladrão em emboscada. Não come o alimento que prepara, mas o leva consigo toda satisfeita. Estou também satisfeita. Parece-me que voltaria, que havia superado o momento inicial de recusa.

Ao contrário, foge de novo. É difícil saber o que fazer com essa garota que está sempre pronta a renunciar a uma coisa que lhe permite estar um pouco melhor. Passa-me um sentimento de desilusão, de inadequação frente a uma declaração resoluto, que está sem uma via de acesso, sem um verdadeiro porquê. Por outro lado, vejo uma menina com muito medo e com suspeitas, que raramente está alegre. Decido falar de maneira diferente da sua recusa, de restituir uma coisa verdadeira para nós, de procurar uma solução real a todos os problemas práticos que ela me apresenta. Falo da importância para ela de ter um lugar onde possa protestar possa dizer não, um espaço diferente da escola onde possa ter raiva e tristeza. Falo também da possibilidade de mudança de horário e digo que entendo o quanto se cansa para vir. Ela olha-me e depois fala “mal”, com algum palavrão:

“O palavrão pode ser falado aqui?” Coloca uma fita cassete de música em alto volume para não me ouvir, mas pede para fazer uma festa de aniversário com balões coloridos, música e uma torta feita por ela. No fim da sessão pede-me se pode trazer uma Coca-Cola?

Penso ter compreendido que a sua ambivalência em torno à relação terapêutica está aceita, pode ser jogada e negociada. Deste modo ela se sente menos ameaçada e ao mesmo tempo muito presente. Dirá seguramente uma outra vez que não volta mais e eu deverei escutar esta voz como escuto a outra que pede afeto.

Fazer, sentir, ser, um processo interessante, automático, pleno de possibilidades inesperadas. Um processo do paciente mas também do terapeuta.

\*Il Ruolo Terapeutico n° 82 - setembro 1999 -Il vivaio.

# Vivendo o Cotidiano

LILIANA BEATRIZ ETCHATZ FENILI  
MARIA MADALENA MORAES SANTANNA

## Resumo

A reflexão da nossa atuação na clínica da terapia ocupacional e o uso de suas técnicas nos levaram a enfocar, neste texto, uma análise crítica dos atendimentos clínicos com pacientes portadores de deficiências e a utilização de diferentes referenciais teórico-metodológicos, com o objetivo de proporcionar a inclusão social de uma clientela excluída de um cotidiano pessoal, familiar e social.

## Palavras-chave

Cotidiano  
Método  
Técnicas  
Terapia Ocupacional  
Inclusão

## Introdução

O cotidiano da clínica da terapia ocupacional com portadores de deficiência mental e portadores de deficiência física supõe, tradicionalmente, o questionamento da importância dos alinhamentos, da simetria, do controle do tônus, da facilitação, dos diferentes estímulos sensoriais. Essas e tantas outras técnicas a serem incorporadas no dia-a-dia desses pacientes usualmente não são acompanhadas de reflexões que traduzam os objetivos de nossas ações. Na tentativa de refletir sobre isso, algumas perguntas se colocam:

–Como incorporar as técnicas em nossa clínica, de modo que o paciente sinta a necessidade de utilizá-las e encontre prazer em fazê-las dentro do seu dia-a-dia?

–Como associar a visão da Terapia Ocupacional Dinâmica dada pelo CETO, que tem como objetivo a saúde mental independente da patologia, e a visão muitas vezes, segmentada que nos é proposta nos diferentes cursos de especialização direcionado para as diversas deficiências?

–Como transformar e associar o manuseio a um fazer com significado?

–Como ajudar esses pacientes a viver/conviver com a deficiência?

–Como realizar seus desejos dentro das limitações existentes?

–O que fazer quando o paciente não quer ir pelo caminho proposto?

Segundo Spencer (1993), *apud* Hopkins e Smith (1998),

Quando o nível de desenvolvimento do paciente antes de um AVC era de um adulto, o efeito do AVC pode reduzir os níveis físico e mental ao de uma criança. O paciente pode ser incapaz de aceitar a árdua recuperação das funções perdidas por meio de atividades “infantis” específicas, como manuseios dos membros, desenvolvimento da coordenação, aprender novamente a ler, escrever, falar e a desenvolver a independência nos cuidados pessoais. O paciente pode ser incapaz de manejar os múltiplos problemas encontrados por ele e sua família, ou pode sofrer dano no tecido cerebral que controla a motivação e adaptação. O hemiplégico adulto recorda o funcionamento normal anterior e impõe os padrões pré-morbidos às habilidades atuais.

Para Farber (1989), *apud* Hopkins e Smith (1998), a forma como utilizamos e compreendemos um enfoque terapêutico pode ser tão importante como a tecnologia terapêutica atual. Assim, é fundamental que o terapeuta analise suas crenças e propósitos de modo a aumentar sua intenção terapêutica positiva. Se não reconhecermos que nossos conflitos pessoais podem dificultar o processo terapêutico, nossa capacidade para resolver problemas se reduzirá.

Faz parte do nosso cotidiano receber o portador de deficiência e sua família, servindo de porto para eles ancorarem e partirem, escutando seus discursos, servindo de continente e sustentação para o que nos é comunicado neste percurso, tentando sempre entender o seu significado:

*“Um profissional me avisou: cuidado com os profissionais da reabilitação, depois que entrar neles você não sai jamais.”*

*“Vai à frente por um tempo para abrir as portas, pois estou sem forças para dar o que vocês falam que meu filho está precisando.”*

*“A minha irmã me disse: vai brincar de casinha?”*

*“Eu pensava assim: eu escutava todas as orientações que me davam e depois pensava, não vou fazer nada disso, porque o que eu quero é cuidar da minha esposa.”*

*“A Sra. fica mais contente do que eu, quando consigo realizar as atividades.”*

*“Eu achava que como meu bebê estava doente, tinha que deixá-lo bem quietinho, não sabia que poderia movimentá-lo assim.”*

São os possíveis pedidos: *temor, realidade fantasiosa, pedido de ajuda, desconhecimento, descrédito, percepção.*

Com essas frases, também vamos alinhando nosso trabalho, cuidando de um cotidiano que foi desviado. Percebendo e aceitando os diferentes lugares transferenciais que nos colocam, como da professora, da amiga, da tia, da doutora, da mãe que ensina, que oferece modelos, faz parte da retomada.

Esses pacientes e seus familiares nos procuram, com seus cotidianos angustiantes e desconhecidos, vêm em busca de algo que possibilite sua independência, e nós, com nosso instrumento de trabalho – as atividades, com a potencialidade de sua utilização incrementamos a independência e vamos construindo/reconstruindo com eles a sua história.

Servimos num momento de ponte para preservar a relação do bebê com ele mesmo, com a mãe e com o mundo, de forma a colaborar para a preservação de uma vida emocional mais estável, pois desde cedo a criança se depara com um mundo externo instável: buscar definição do diagnóstico, tipo de tratamento e escolha da equipe deste tratamento.

Muitas vezes encontramos pais que não dão brinquedos para seus filhos por pensarem que não há possibilidade para o brincar, ou pais que não treinam as atividades da vida diária, pois acham que seu filho é incapaz de aprender.

Ou então adultos, tratados com uma dependência excessiva, e seus familiares surpreendem-se com o desempenho observado nas sessões.

Como resultado, às vezes percebemos que mesmo não havendo alteração significativa do quadro físico do paciente, se modifica a qualidade do seu fazer, em outras, o fato de devolver alguma autonomia a adultos com comprometimento físico grave modifica a percepção dos familiares.

A reflexão sobre o que fazemos e para que fazemos supõe pensar também o espaço em que trabalhamos. Normalmente, o que pode ser encontrado na sala de um terapeuta ocupacional?

Como fala uma mãe: “pedaços de sua história que junto vão sendo costurados e caminhados, muitas vezes utilizando o famoso “pontô atrás”, mas com o tempo de cada um sendo respeitado.”

E o que deveria ser encontrado? O sonho são cinco andares da Escola de Paris, citada por Benetton (1994). Nossa realidade é ir em busca dessa possibilidade.

Nosso *setting* contém bolas Bobath, quadros feitos pela terapeuta ocupacional que decoram e servem de modelo para os pacientes, cheiro de tinta, vários materiais que contribuem para o fazer, um fazer que tenha eco com o sentir do paciente, buscando uma integração entre diferentes métodos. É uma sala de terapia ocupacional dinâmica, nas diferentes abordagens utilizadas, nos diferentes materiais, nas diferentes compreensões do terapeuta ocupacional sobre os distintos pacientes que vão chegando. Como cita Benetton (1999), “fazer algo com a função de aliviar algo”. Hoje sabemos da importância dos contos infantis para o desenvolvimento emocional das crianças, tanto quanto as facilitações para o desenvolvimento físico.

Ainda segundo Benetton (1994), “tudo o que a sala de terapia ocupacional vai conter, objetiva e subjetivamente, para constituir-se em *setting* terapêutico depende da profissional e de suas características pessoais...” Um *setting* adquire as características do que é vivido por nós e, como diz uma família”, “lá temos um pouco de tudo”. Através de gestos, olhares, vamos nos comunicando, definindo um “código” que muitas vezes não é secreto, e que facilitará a comunicação do paciente com o mundo, do que sente, pensa e vê.

Ferrari (1999) afirma que “arte, atividades artísticas ou expressivas e criatividade, entre outras atividades, instrumentalizam uma Terapia Ocupacional”. Nosso caminho no CETO nos permite perceber que o tratamento vai além das facilitações e manuseios, adaptações e órteses. Devemos dar ao paciente e a sua família a possibilidade de vivenciar, organizar e cuidar de si, através da relação paciente - atividade - terapeuta, constituindo assim uma relação triádica.

Quando lemos Slagle, apud Benetton (1999), que desenvolveu um programa de treinamento de hábitos objetivando uma adaptação social de pacientes, portadores de distúrbios emocionais e de deficiências físicas, percebemos a existência de novas técnicas de terapia ocupacional e, através da reflexão e da prática, observamos que o paciente, independente de sua patologia, deve construir dentro da terapia ocupacional o seu cotidiano e, através da vivência das atividades, buscar e sentir uma vida melhor.

*“A vida leva e traz  
A vida faz e refaz  
Será que quer achar  
Sua expressão mais simples”*  
(José Miguel Wisnik)

## Referências Bibliográficas

- BENETTON, J. “*Terapia Ocupacional com Instrumento nas ações de Saúde Mental*” –Tese (doutorado) UNICAMP. Campinas, 1994.  
 BENETTON, J. “*Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*” São Paulo, Diagrama, 1991, 1999.  
 FERRARI, S. M.L. “*Terapia Ocupacional – espaço da narrativa entre forma e imagem*” Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, São Paulo, a . 4, n. 4, p. 06-10 1999.  
 HOPKINS, H. L.; SMITH, H. D. “*Terapia Ocupacional - Willard/ Spackman*”. 8 ed. Madrid, Panamericana, 1998.

## *Terapia Ocupacional em Psiquiatria Infantil*

THELMA SIMÕES MATSUKURA

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer o convite para participar desta mesa e também pela oportunidade de rever as pessoas.

Fiquei pensando em como, em 20 minutos, falar sobre a terapia ocupacional em psiquiatria infantil e também em como localizar a importância do CETO na minha formação para desenvolver a prática clínica e as pesquisas.

Dessa maneira, optei por apresentar em forma de pesquisa a história de um caso clínico, de uma criança autista que acompanhei durante um longo período. Tão longo e tão intensamente, que essa proposta de intervenção em terapia ocupacional psicodinâmica com a criança autista, acompanhou vários estágios da minha formação profissional.

No final dos anos 80, essa criança foi encaminhada para terapia ocupacional, quando tinha 5 anos de idade. Coincidentemente, neste período, fazia a última disciplina no CETO, a Supervisão de Caso. Sem nenhuma dúvida, optei por este “caso” para ser trabalhado na supervisão com a Sonia Ferrari. Vale lembrar que, naquela época, poucas eram as experiências clínicas da terapia ocupacional em saúde mental (e a minha própria) para a infância.

Assim fomos, aos poucos, mergulhando nesse novo universo e percebendo que a base teórica e prática apreendidas no trabalho e estudo com adultos, podiam ser usadas para o início do trabalho com a criança. E, o que é óbvio hoje, fomos compreendendo que o funcionamento mental e emocional é um enorme processo que se inicia bem precocemente variando em termos de gravidade e possibilidades.

Buscamos entretanto, reconhecer as especificidades da infância e da criança, em termos de atividades, comunicação, pensamento, cognição etc...

Neste processo, alguns princípios pareceram básicos e presentes na realidade da intervenção em terapia ocupacional e observados em várias outras crianças com o mesmo diagnóstico.

Compreendendo que os princípios básicos da terapia ocupacional psicodinâmica, não necessitam ser aqui apresentados, passo a ressaltar os aspectos mais importantes considerados no tratamento das crianças autistas e nas psicoses infantis:

1. Durante a intervenção são abordados com o paciente tanto os aspectos afetivos/emocionais, como também os aspectos cognitivos, de uma forma integrada, através da realização das atividades e da relação terapêutica estabelecida.
2. As informações e compreensões observadas pelo terapeuta em relação à criança são trabalhadas de forma contextualizada nas ações que se estabelecem durante o processo de realização das atividades e da relação terapêutica que se estabelece.
3. As sessões de terapia ocupacional têm um caráter de reconhecimento recíproco do nível e da forma que a criança é capaz de se mostrar, seja através da rotina que estabelece, os materiais que explora, o contato que realiza ou não com o terapeuta. Os materiais/atividades que a criança pode se interessar e que provavelmente favorecem o estabelecimento de contato variam desde os mais comuns, como papel, água, os objetos da própria sala (como o piso de madeira, janela...), ou apenas do próprio corpo como sons, alguns ritmos, movimentos corporais; mesmo que mais rara, há possibilidade de existir como interesse inicial o uso de materiais/atividades mais elaborados, como por exemplo jogos de encaixe, quebra-cabeça etc..

Ressaltamos, porém, que geralmente a criança autista não apresenta habilidades básicas e que o seu “realizar atividades” é tão pobre quanto o seu contato com o mundo externo, o que de fato torna o estabelecimento da relação um investimento especial neste contexto.

- Há necessidade da clareza dos limites e espaços que podem ser utilizados pela criança e pelo terapeuta. O reconhecimento do local que será utilizado para o desenvolvimento das sessões, as possibilidades e os limites que estarão envolvidos nos encontros, bem como a duração e frequência dos mesmos devem ser colocados para a criança. É bastante importante que a criança perceba e reconheça o espaço terapêutico que lhe é oferecido, reconheça “quem” e “o que” compartilham este espaço, para que possa com segurança e confiança ocupá-lo de acordo com suas necessidades e desejos.
- Um importante aspecto refere-se à busca de qualquer aproximação ou possibilidade de uma situação de “brincar”. Tal processo permite não só o desenvolvimento e/ou aparecimento de diferentes habilidades da criança, como também possibilita a continuidade do processo de comunicação entre a criança e terapeuta, rumo à simbolização e à abstração, e à possibilidade de se ultrapassarem as barreiras de um mundo isolado não habitado por outros. Vale lembrar, que o “brincar” precisa ser contextualizado e muitas vezes redimensionado em relação ao que se considera/espera por brincar de uma forma geral. As muitas maneiras primárias do brincar, que a criança pode apresentar ou vir a desenvolver, necessitam ser sensivelmente percebidas e consideradas como formas de expressão e comunicação da criança.

Este caso foi ser apresentado como parte de pesquisa, para dissertação de mestrado, em um programa bastante rígido em termos de metodologia e utilizando-se de uma abordagem quantitativa. Quando necessitei me render à realidade da pós-graduação, tinha como objetivo não abrir mão de realizá-la dentro do campo da terapia ocupacional e, de forma mais ousada, apresentando a terapia ocupacional psicodinâmica. O relato mais amplo da pesquisa e dos resultados podem ser encontrados nos Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar (1998, 1999).

Na pesquisa a metodologia empregada foi a da observação direta do comportamento como ferramenta para coletar e analisar os dados. Assim, cada comportamento da criança foi criteriosamente levantado, definido e registrado. Utilizamos três grandes períodos de tempo que abarcaram fases do tratamento ao longo de um ano e meio

aproximadamente. Neste período os mesmos comportamentos foram observados e analisados em termos quantitativos buscando a identificação de mudanças na criança durante o processo de intervenção.

Os comportamentos que foram agrupados e a frequência de ocorrência dos mesmos em relação a três períodos de tempo (correspondentes ao Bloco 1 – primeiro período avaliado; Bloco 2 – correspondendo ao período intermediário de intervenção e; Bloco 3 – final da intervenção avaliada) que foram distribuídos ao longo de um ano e meio, período no qual o estudo foi focalizado.

### 1. Olhar terapeuta através da atividade/ contexto em pauta-

Este grupo englobou categorias de comportamento como: “Olhar Objeto que Terapeuta Manipula”, “Olhar em direção ao que terapeuta aponta” e “Olhar para o que terapeuta demonstra / ensina”.

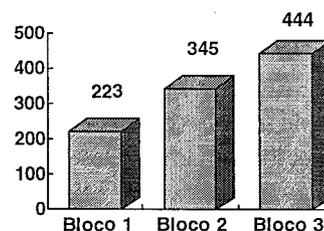


FIGURA 1. Frequência de ocorrência por bloco de sessões do agrupamento “Olhar terapeuta através da atividade/contexto em pauta”.

### 2. Sorrir

Este grupo englobou as categorias “Sorriso Simples”, “Sorriso com exposição de dentes superiores” e “Sorriso Largo”.

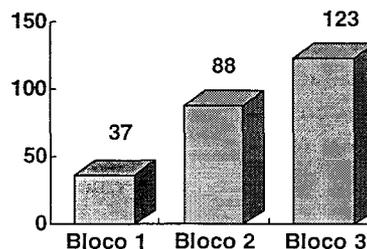


FIGURA 2. Frequência de ocorrência por bloco de sessões do agrupamento “Sorrir”.

### 3. Exploração primária de objeto -

Este grupo englobou as categorias “Cheirar Objeto”, “Passar Objeto em Parte do Próprio Corpo”, “Tocar Objeto em Parte do Próprio Corpo”.

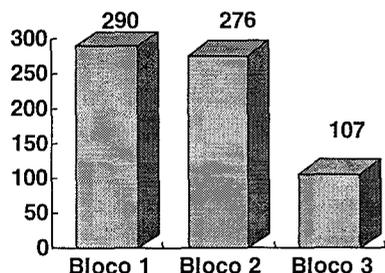


FIGURA 3. Frequência de ocorrência por bloco de sessões do agrupamento “Exploração Primária de Objeto”.

### 4. Comunicação corporal terapeuta--

Este grupo englobou as categorias “Tocar Terapeuta”, “Aceita Toque/Afago de Terapeuta”, “Esquiva”, “Rejeita Toque/Afago de Terapeuta” e, “Aproximar Próprio Corpo ao Corpo de Terapeuta”.

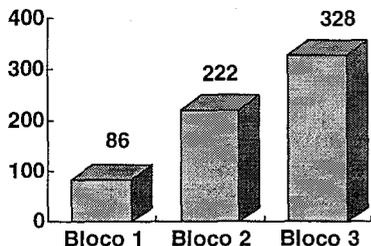


FIGURA 4. Frequência de ocorrência por bloco de sessões do agrupamento “Comunicação corporal com terapeuta”.

### 5. Contato elaborado com objeto e terapeuta -

Este grupo englobou as categorias “Manuseio Funcional” e “Imitar Terapeuta”.

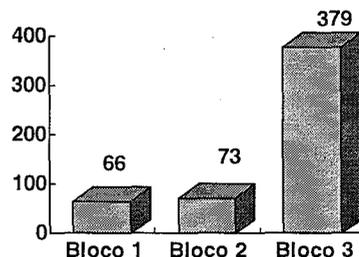


FIGURA 5. Frequência de ocorrência por bloco de sessões do agrupamento “Contato elaborado com objeto e terapeuta”.

Assim, foi possível nesse trabalho, dentro da metodologia de pesquisa quantitativa, demonstrar os progressos obtidos pela criança durante o tratamento em terapia ocupacional em uma abordagem psicodinâmica.

# *As Contribuições do CETO na Experiência de uma Terapeuta Ocupacional*

MARIA LUISA GAZABIM SIMÕES BALLARIN

*Este trabalho tem por objetivo discorrer sobre a trajetória de uma terapeuta ocupacional, da graduação até suas experiências profissionais mais recentes, enfatizando especialmente as contribuições do CETO em sua formação.*

## **A Graduação**

Graduei-me em Terapia Ocupacional, na Universidade Federal de São Carlos, no início da década de oitenta. Naquela ocasião, o curso de Terapia Ocupacional, havia sido recentemente estruturado.

As lembranças sobre o contexto e o clima vivido na graduação, possibilitam-me resgatar alguns elementos, que devem ser ressaltados:

- A existência de uma relação de muita proximidade entre os docentes e os alunos. Especialmente nos dois primeiros anos da graduação. Penso que ambos, professores e alunos, buscavam juntos lidar com questões que emergiam sistematicamente, e que se relacionavam ao curso recém-iniciado.
- A existência de um curso com um número de disciplinas da área biológica e médica extremamente extenso, quando comparado as disciplinas específicas de terapia ocupacional e da área da ciências humanas. Este desenho curricular mostrava-se fortemente influenciado pelo modelo norte-americano de Terapia Ocupacional. Este modelo (prática subordinada ao modelo médico e a reabilitação) não mais correspondia as necessidades dos terapeutas ocupacionais brasileiros. Discutíamos intensamente temas que giravam em torno da Terapia Ocupacional, o perfil profissional, o mercado de trabalho, a identidade profissional, a formação e tantas outras questões. Reafirmávamos a necessidade urgente de mudanças do currículo.
- A existência de uma vida universitária, que agregava

diferentes cursos e problemáticas e que favorecia as trocas, as discussões e as reflexões.

Em meio a esse clima, conclui a graduação. Mesmo diante de inúmeras possibilidades de reflexão e discussão, via-me diante de muitas incertezas e duas certezas. Como a maioria dos adolescentes, super-valorizava as incertezas e subestimava as poucas certezas. Só o tempo fez-me perceber e entender, o quão ricas eram aquelas certezas.

A primeira era que sabia claramente em que área iria atuar, a de psiquiatria, como era denominada.

A segunda, relacionava-se ao fato de que era também muito clara a forma como não gostaria de atuar e desenvolver minha prática. Nesse sentido, não gostaria de ser uma terapeuta ocupacional que subordinava sua atuação ao modelo médico.

Logo após a conclusão da graduação, dois acontecimentos muito significativos enriqueceram meu percurso. Minha inserção no CETO, e minha inserção no mercado de trabalho. Vou começar falando de minha inserção no mercado de trabalho, embora essas duas experiências tenham acontecido simultaneamente.

## ***O mercado de trabalho e a experiência profissional***

Trabalhei por aproximadamente seis meses numa clínica, até que fui admitida através de concurso público no Complexo Hospitalar do Juqueri (MDPII). Eu e mais dezenove terapeutas ocupacionais, juntamente com inúmeros outros técnicos (psicólogos, médicos assistentes sociais etc.)

Ao entrar em contato com os pacientes e com a instituição pude constatar, não só teoricamente, da necessidade da construção de uma nova prática. Uma prática que não fosse laboroterápica, mas sim, que pudesse fazer-nos lançar (tanto eu como os pacientes) o olhar para além

do muro. Uma prática que em princípio, buscava valorizar a relação e o que é particular à cada sujeito.

O contexto e o clima dessas experiências também foram muito ricos. Estávamos diante de uma série de acontecimentos históricos, bastante importantes. A sociedade civil organizava-se politicamente numa abertura à democracia.

Na Área da Saúde, os movimentos civis objetivavam uma política de saúde pública. Especialmente no Estado de São Paulo, o governo de Franco Montoro implantava a AIS, depois o SUDS projetos que numa análise superficial preconizaram o SUS.

Na Área da Saúde Mental, medidas que visavam a substituição do modelo assistencial hospitalocêntrico, começavam a ser implementadas, através da Coordenadoria de Saúde Mental, chefiada por Marcos Toledo Pacheco Ferraz. Passamos a atuar também em ambulatórios e unidades básicas.

Enfim, parecia que avançávamos, podendo estabelecer diretrizes (a cartilha) para atuarmos nos ambulatórios e com abertura para debates sobre o nosso trabalho específico e do em equipe multiprofissional.

### ***O Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (CETO)***

Como ressalté anteriormente, minha inserção no CETO, aconteceu simultaneamente a no mercado de trabalho. Este fato, no meu entender, foi realmente importante, pois muitos dos questionamentos e inquietações, que emergiam na prática, podiam ser discutidos num espaço mais estruturado, como o CETO.

Penso que o CETO, naquela época era uma das poucas possibilidades que existiam no Estado de São Paulo, senão a única em termos de especialização e no sentido de estudo continuado para terapeutas ocupacionais clínicos, especialmente na área da saúde mental.

Da experiência enquanto aluna do curso de especialização do CETO destaco quatro aspectos relevantes. São eles:

- o fato de ter podido entrar em contato, de modo mais aprofundado, com um referencial teórico psicodinâmico, que na universidade tínhamos visto de modo muito superficial e fragmentado. A significativa importância desse estudo esta no fato de estabelecer uma linha teórica para subsidiar a minha atuação profissional, especialmente na clínica. Penso que um profissional, independente da área em que atue, deva buscar os elementos e os fundamentos teóricos que possam lhe dar sustentação. E nisto os pontos que destaco na minha experiência:

- o fato de ter podido resgatar a história da Terapia Ocupacional, através do estudo de diferentes autores terapeutas ocupacionais (dos clássicos como Spackman aos mais contemporâneos). Isto, sem dúvida, possibilitou um conhecimento mais integrado da própria Terapia Ocupacional, permitindo-me compor as partes (fatos e acontecimentos históricos da profissão) em um todo e conseqüentemente, favorecendo o fortalecimento da identidade profissional;
- ter podido cursar duas disciplinas, laboratório de análise de atividades e supervisão, a partir de um modelo diferente do experimentado na universidade (supervisão analítica – MALBIDE-1991). Essa experiência, deu-me uma dimensão mais ampla do que entendo que deva ser o processo de aprendizagem em terapia ocupacional. Esta, do lugar de professora que ocupo hoje, deve sem dúvida, incluir tanto a formação a teórica como a prática, que denomino de teoria da técnica específica da terapia ocupacional, como a formação pessoal. É um nível de experiência que transforma o processo de aprendizagem, numa experiência de crescimento e evolução do conhecimento.
- como último aspecto, o fato de, como aluna do CETO, ter sido muito estimulada e incentivada a participar e dirigir pesquisas. Lembro-me do esforço que os professores do curso faziam para que publicássemos nossas experiências, participássemos dos eventos científicos e da realização de pesquisas. Atualmente a “Revista do CETO”, traduz essa preocupação e abre um espaço para que possamos também aprender a transitar nesse terreno.

### ***Considerações finais***

As lembranças e algumas das experiências descritas ao longo dessa apresentação, deram-me elementos para que pudesse prosseguir em minha trajetória, buscando uma forma de refletir e construir meu papel profissional enquanto:

- Docente: que sabe da importância da relação de proximidade entre professor-aluno e dos modelos de identificação;
- Pesquisadora: que sabe da importância do aprofundamento teórico e do espírito investigativo;
- Clínica: que sabe da importância de sua identidade profissional e de suas possibilidades e limites.

Este relato tem uma construção inacabada e assim deve ser para a continuidade de minha carreira profissional.

*“Existe a trajetória, e a trajetória não é apenas um modo de ir. A trajetória somos nós mesmos. Em matéria de viver, nunca se pode chegar antes”.* CLARICE LISPECTOR.

## *Despertando para Um Novo Proceder*

DENISE SATO DAHER

Vejo como um compromisso assumido a divulgação da minha experiência, e que ela possa se incluir entre tantas outras, neste Fórum, para que possam propiciar mais material para a construção de nossa profissão. Afinal é chegada a hora de vencer os meus medos e fantasmas, pois de uma coisa tenho certeza - sou uma terapeuta ocupacional.

Ao longo de dez anos de formada, inquietações levaram-me questionar o desempenho profissional, culminando com o ingresso no curso de Terapia Ocupacional Dinâmica.

Minha experiência profissional em instituições psiquiátricas foi pautada por muitas dificuldades para a implantação de uma cultura de terapia ocupacional. As mudanças programáticas no setor psiquiátrico, que exigiam um quadro multidisciplinar de profissionais, foram implantados na instituição em que fui contratada, apenas para cumprir a legislação. Dessa forma, a terapia ocupacional lá passou a ser aplicada apenas por imposição.

Algum tempo depois quando a terapia ocupacional começava a ser "digerida" pelos profissionais do regime hospitalar de internação total, a unidade na qual trabalhava deveria ser transformada num projeto piloto de hospital-dia para homens e mulheres. Desenvolver um programa de tratamento em terapia ocupacional que atendesse a esta mudança não foi tarefa fácil. Em primeiro lugar porque não tive na universidade o conhecimento necessário para esse tipo de empreendimento. Depois tudo que é tão novo, como era para todos nós o Hospital-dia, teria que além disso vencer idéias cristalizadas de um modelo antigo instalado. Conteí, nesse momento, com o apoio de alguns profissionais da equipe. A aceitação gradativa se deu dia após dia de reuniões, debates e discussões.

Esta nova proposta de assistência e outras que foram surgindo à partir das novas diretrizes para as instituições

psiquiátricas, exigiram de mim, uma profissional pouco consistente teoricamente, um esforço crítico.

A necessidade de entender o que denominei de processo da crise levou-me ao interessasse de integrar o grupo constituído em Londrina, proposto por Maria Madalena de Sant'Ana, para a formação no curso da Especialização em Terapia Ocupacional Dinâmica do CETO.

Nos nossos primeiros encontros com Jô Benetton, Sonia Ferrari e Solange Tedesco, a minha crise se agravou. Em cada aula, ao mesmo tempo em que me emocionava por conversarmos de "igual para igual", minha auto depreciação aumentava pelo que faltava: o conhecimento da origem, da evolução, de um estudo mais fundamentado em Terapia Ocupacional; o conteúdo do programa apresentado não era tão familiar como imaginávamos, seria necessário muito estudo e empenho. Uma soma de fatores fizeram-me experimentar um grande desconforto. Via-me obrigando-me a fazer uma coisa desagradável, um contra-senso, pois como terapeuta ocupacional sei o quanto é necessário sentir prazer no que se faz. É claro, que não necessitei me impor nada. O prazer estava implícito, e foi desabrochando. No transcorrer do curso, ainda dentro do programa teórico, as mudanças começaram a fazer a diferença. A necessidade de reflexão, gerou questionamentos para a revisão do meu programa de trabalho dentro da unidade do hospital. À medida em que incorporava mais o que abordávamos nas aulas e estudos, fui me situando e direcionando melhor profissionalmente. O mais interessante é que a minha preocupação não era a de concluir o curso para obter um certificado e somar títulos, mas sim, adquirir conhecimento prático-científico, com o qual tenho a certeza muito me ajudará na escolha do meu "modus operandi", de lá para a frente. A leitura e releitura de alguns materiais de lá para cá, confesso que, a cada dia fornecem uma nova descoberta, ajudando-me em minhas observações e interpretações, que

vão me enriquecendo e me impulsionando para “um querer mais”. Esta vontade vem de dentro de mim, pois informação certamente é crescimento.

Após o estudo teórico, onde nomes, datas, fatos, foram significados, um significado maior foi construído nas minhas próprias trilhas associativas. Um novo verbo passou a existir e era próprio da terapia ocupacional. Introdutório em mim ele

propiciou-me a experiência de comunicar através de trilhas, com um paciente.

Entretanto, existe ainda inquietações, mas, elas são de outra ordem. Há agora um certo fascínio e muita gratificação. Revelou-se como um novo proceder, um marco na minha história profissional.

## *Eleanor Clarke Slagle*

JÔ BENETTON

RENATA CRISTINA BERTOLOZZI VARELA

No início do século XX, nos Estados Unidos, o desenvolvimento econômico e o Movimento Higienista foram fatores relevantes que, além da evolução tecnológica, permitiram não só a ampliação do mercado de trabalho existente, mas também a criação de novas profissões.

Com a marca dessa época, muitas profissões de saúde foram criadas, por um lado, incentivando a base tecnológica e, por outro, prevendo a ampliação do mercado de trabalho, estendendo-o, inclusive, às mulheres.

As profissões já bem estabelecidas, como a Medicina, passaram por grandes transformações técnicas. Entre as novas providências médicas estava o uso da ocupação terapêutica no tratamento de doentes mentais e deficientes físicos, como forma técnica de buscar a adaptação social, o que viria a resultar na criação da profissão Terapia Ocupacional.

Em SCULLIN (1956), encontramos uma análise das duas principais providências na área da saúde que resultariam na criação da profissão. A primeira, de caráter humanitário, foi a de ocupar pacientes psiquiátricos com a premissa humanitária de que “*o trabalho é o meio essencial para a cura*”. A segunda, de caráter econômico, foi a criação de indústrias hospitalares com o objetivo de suprir custos de internações e usar as oficinas como porta de saída do hospital.

Algumas técnicas de uso da ocupação em Psiquiatria empregadas naquela época, como os projetos de Adolph Meyer – “Tratamento Moral” (Estados Unidos, 1905), Herman Simon – “Terapia Ativa” (Alemanha, 1927) e Karl Schneider – “Ocupação Biológica” (Alemanha, 1936), apesar de usarem diferentes tipos de abordagem, visavam sobretudo a supressão dos sintomas. Essas técnicas, até por serem criadas por psiquiatras, tinham como alvo a doença mental e até hoje influenciam terapeutas ocupacionais, que também têm a doença como seu objeto de estudo.

Em “Trilhas Associativas” (BENETTON, 1999), **Eleanor Clarke Slagle** (1876-1942) é considerada a criadora da profissão Terapia Ocupacional. Slagle, mulher de sua época, por um lado, **demarcou o espaço da mulher profissional terapeuta ocupacional**, através da descrição de uma personalidade a ser plasmada de tal forma a poder ocupar o lugar de terapeuta e, portanto, de uma técnica. Por outro, **desenvolveu um programa de Treinamento de Hábitos**, que constituiu-se como a **primeira técnica de Terapia Ocupacional**, que objetivava uma adaptação social de pacientes portadores de distúrbios emocionais ou deficiências físicas.

Slagle dedicou parte do seu trabalho em descrever a personalidade ideal de uma terapeuta ocupacional, que correspondia àquela de uma mãe de criança no período pré-escolar: bondade infinita, paciência, imaginação, capacidade de explorar o mundo de fantasia da criança e conduzi-la à realidade quando necessário. A idéia do que ocorre com a uma criança em termos de desenvolvimento (aquisição de hábitos, sentido de autonomia, formação de auto-conceito, estabelecimento de relações, aquisição de responsabilidades, entre outros) da criança da idade pré-escolar em diante, foi um dos elementos que sustentou teoricamente a técnica Treinamento de Hábitos proposta por Slagle (SPACKMAN & WILLARD, 1973).

Slagle recebeu uma forte influência do que tem sido denominado de “terapia ocupacional num modelo médico”. No entanto, **introduziu** sutilmente, em seu projeto de intervenção, **alguns aspectos que fazem diferença hoje**. Slagle criou a técnica Treinamento de Hábitos para pacientes que estavam muito doentes. Teve ela, então, que prever uma forma de abordagem constituída pela observação/captação de qualquer indício de atitude e/ou conduta saudável que possibilitasse a motivação de uma nova ação, mesmo que muito pequena. Por isso, eram tão importantes as condições

do ambiente, da terapeuta ocupacional e as recreações, dentro de um programa bem balanceado de hábitos de trabalho, descanso e lazer.

Slagle, portanto, preocupou-se tanto com a forma de mobilizar o paciente, como a de ensinar atividades e, pelos mesmos motivos, estabeleceu um treinamento para as terapeutas ocupacionais, visando um relacionamento positivo com os pacientes.

Em SPACKMAN & WILLARD (1973), encontramos o seguinte registro sobre a filosofia da reabilitação defendida por Slagle:

*“Em sua maior parte, nossas vidas são construídas por hábitos e a ocupação usualmente curativa serve para supplantar alguns hábitos, modificar outros e construir novos para que, ao final, as reações de hábitos sejam favoráveis à restauração e manutenção da saúde”.*

Ela não falava em doença ou reação à doença, mas numa **reação aos hábitos**. Sua problemática era a saúde, os hábitos saudáveis e a formação de uma relação salutar e nisto o seu projeto difere, e muito, dos autores médicos. É justamente por isso que é considerada nos Estados Unidos **a precursora da terapia ocupacional dinâmica** e teve o seu projeto lá utilizado até 1959.

## Biografia

Eleanor Clarke Slagle nasceu em Hobart, New York, em 13 de outubro de 1876. Filha de um importante arquiteto, Willian J. Clarke, foi educada no colégio Claverack da Universidade da Colúmbia.

Prima de Theodore Roosevelt e amiga pessoal de Eleanor Roosevelt, como esta interessava-se por causas filantrópicas e sociais. Casou-se com o sr. Slagle e pouco se sabe sobre sua relação no casamento.

Estudante de Auxiliar de Enfermagem, concluiu, em junho de 1911, o curso sobre Ocupação e Recreação Curativa para atendentes e enfermeiras hospitalares da Escola de Educação Cívica e Filantrópica de Chicago. Este curso, criado em 1908, foi o primeiro treinamento específico para ensinar o uso de ocupações curativas e recreativas nas ações de saúde. Com duração de seis semanas, era ministrado por Julia Lathrop, sob a direção de Grahah Taylor.

Ainda em 1911, Slagle conduziu um curso similar no Hospital Estadual de Newberry, em Michigan. Foi através do trabalho que desenvolveu em Michigan e em Maryland, que ela se associou a Adolph Meyer e Willian Rush Dunton, fortalecendo, assim, a “filosofia da ocupação” (CROMWELL, 1977).

Entre 1913 e 1914, Slagle foi para a Philipps Psychiatric Clinic, em Baltimore. Nesta clínica, ministrou cursos sobre ocupação para grupos de enfermeiras do Hospital John Hopkins e, utilizando conceitos desenvolvidos por Meyer, Julia Lathrop e Jane Adams, desenvolveu seu programa educacional de para tratamento com atividades e denominado de – **Treinamento de Hábitos**. Esse programa orientou, por 25 anos, a assistência e o ensino de Slagle nos institutos e escolas da recém-criada profissão - **Terapia Ocupacional**.

Importante ressaltar que, até 1914, o uso da ocupação com fins assistenciais recebia diferentes nomeações: Tratamento Moral, Tratamento do Trabalho, Terapia do Trabalho, Tratamento da Ocupação, Reeducação Ocupacional e até de Ergoterapia. Foi em dezembro de 1914, num encontro de trabalhadores hospitalares com a Coordenadoria Estadual da Insanidade de Massachusetts realizado em Boston, que o arquiteto George Edward Barton sugeriu o termo “**therapy of occupation**”. Em seguida, alterou sua sugestão, enfocando a qualificação da ‘terapia’, ao invés da ‘ocupação’, daí resultando em - **Occupational Therapy**.

Em 1917, a partir da fundação da Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia, a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) foi criada, com a participação de Eleanor Clarke Slagle, William Rush Dunton, Thomas Kidner, Susan C. Johnson e George Barton (SCULLIN, 1956).

Também neste ano, Slagle foi convidada pela Comissão Militar Hospitalar do Canadá para visitar e observar o trabalho em Hospitais Militares e fazer recomendações para extensão da Terapia Ocupacional na Universidade de Toronto.

Entre 1918 e 1922, aceitando um convite feito pelo Departamento Ocupacional da Sociedade de Higiene Mental de Illinois, foi diretora do primeiro curso para Treinamento Profissional de Terapeutas Ocupacionais, que era de responsabilidade da Chicago School of Civic and Philanthropy em cooperação com a Henry B. Favill School.

Este curso, descrito por CROMWELL (1977), destinava-se a pessoas que deveriam dirigir outros departamentos semelhantes. A filosofia do programa era substituir a idéia custodial pela educativa no cuidado diário do doente mental. As técnicas ensinadas eram semelhantes aos dos educadores infantis. Através de pinturas, jogos e exercícios, incentivavam o uso integrado do corpo e da mente. Além disso o curso incluía leituras sobre o valor educacional das ocupações, do trabalho, dos jogos e das atividades de vida

diária, tendo em vista a necessidade de estimular o doente mental para se ocupar, se educar e se divertir.

Segundo a teoria defendida por Meyer, algumas desordens mentais estavam relacionadas a conflitos decorrentes de uma pobre adaptação ao meio e, nessas condições, o treinamento em atividades normais e o desenvolvimento de interesses produtivos poderiam trazer novas perspectivas para além do hospital.

Como diretora, Slagle aplicou seu conhecimento acadêmico e de trabalho social, seu curso de estudos em ocupações e sua experiência de trabalho com doentes mentais, para um programa que foi inicialmente desenvolvido para doentes mentais. Uma grande demanda social e médica determinou a extensão imediata desses programas para pacientes de outras clínicas. Dessa forma, o ensino da primeira escola de Terapia Ocupacional foi ampliado abarcando a assistência a doentes mentais e físicos como: pacientes hospitalizados, soldados desabilitados e crianças em idade escolar com distúrbios de aprendizagem.

O curso incluía:

- ensino de princípios médico, fisiológico, psicológico e sociológico;
- arte, desenho e recreação física;
- princípios de administração, organização e gerência.

O curso tinha duração de 5 meses e era dividido em duas partes:

- 1ª PARTE: Teoria e Treinamento Técnico na Escola.
- 2ª PARTE: Trabalho Prático em Instituições Estatais ou Hospitais Urbanos.

O ensino técnico acontecia pelas manhãs e as leituras, à tarde, nas clínicas-escola, por 8 a 10 horas por semana. Cada estudante dispunha de um período de 2 a 3 horas por semana para ser supervisionado em instituição selecionada.

A leitura incluía: Administração de Instituições de Caridade; Atividades Médicas relacionadas ao Serviço Social; Higiene Industrial e Pública; Princípios dos Casos de Trabalho; Psicologia da Brincadeira; Princípios Psicopatias; Tratamento Ocupacional e Recreativo; Direção e Organização Hospitalar.

O estudo das técnicas incluía dentro do Treinamento de Hábitos: Cinesiologia; Danças Folclóricas; Ginásticas; Jogos; Trabalhos Manuais; Organização de Departamentos de Ocupação e Recreação.

Através de sua função no Departamento de Higiene Mental no Estado de Nova Iorque, onde foi diretora da

Terapia Ocupacional de 1921 a 1942, Slagle continuou a desenvolver e expandir a aplicação dos conceitos da profissão. Foi nessa instituição, que ela demonstrou todo seu interesse em desenvolver pesquisas e estudos, conduzindo uma equipe que chegou a ter 255 funcionários, em 1941. Tornou-se, então, a diretora administrativa do maior serviço de Terapia Ocupacional até hoje conhecido.

Simultaneamente a essas atividades desenvolvidas em Nova York, além de participar de sua criação, Slagle contribuiu vigorosamente para o desenvolvimento da AOTA, desempenhando importante papel na promoção de pesquisas e desenvolvimento da profissão. Se aposentou das atividades de liderança da AOTA em 1937, mas manteve-se como referência por mais 20 anos, sendo nomeada presidente honorária.

Vários autores americanos escreveram sobre a personalidade de Slagle. CROMWELL (1977), ao tentar reconstruir um retrato de Slagle, baseia-se em seu comportamento como administradora, planejadora e organizadora/líder, figura pública e privada, descrevendo:

“uma mulher impressionante, que literalmente construiu um império através de sua crença em terapia ocupacional e sua astúcia política, alcançando o controle sobre os comissionários do Estado de Nova York para apoiar seus projetos.”

“Ela era uma mulher bonita, com grandes olhos azuis e cabelos levemente grisalhos, cerca de 1,70 m de altura; conservadoramente vestida para ambas atividades: profissionais e sociais.”

“Ela era abençoada com um dos maiores e melhores dons femininos: uma voz suave e agradável.”

“Ela era uma pessoa dominadora, devota à causa da terapia ocupacional e dedicava uma imensa quantidade de tempo e energia a isto.”

“Ela tinha uma grande quantidade de amigos íntimos na AOTA, que eram os seus ‘escravos’.”

“Ela tinha um ‘calcanhar de Aquiles’ que a fazia ficar desconfiada de qualquer pessoa que discordasse dela. Isso fazia dela uma pessoa humana, mas que necessitava ser tratada com cuidado para que ela não desenvolvesse preconceitos fortes, com os quais não era fácil lidar.”

“Indubitavelmente, ela fez mais para estabelecer e desenvolver a terapia ocupacional do que qualquer pessoa, então, seu lugar na história deve ser um bem alto.”

“Ela era inquestionavelmente graciosa e charmosa, com grandes princípios, com uma força dinâmica indomável, mas que ao mesmo tempo criava um grau de ressentimento em suas formas ditadoras.”

“Em termos maiores, ela era uma grande pessoa, cuja fraqueza era sobreposta pela força e muitos de nós não pudemos dar a ela tanta ajuda quanto deveríamos ter dado.”

Segundo PELOQUIN (1991), Slagle era citada, em artigos escritos em 1939, como uma mulher ocupada, com senso de humor e astúcia, que aplicava incansáveis esforços em enriquecer a prática da Terapia Ocupacional, incluindo as seguintes descrições sobre suas participações em reuniões:

“uma pessoa que não era informal”

“uma incrível autoridade em terapia ocupacional”

“uma boa amiga e pessoa maravilhosa”

“severa e séria, mas com sorriso agradável”

“impressionante, dava ordens aos seus funcionários como a uma operação militar”

“extremamente exigente e espectadora dos esforços alheios para alcançar seus próprios esforços”

“dedicada e trabalhadora”

“ela nunca foi referida como ‘Eleanor’ mesmo em correspondência pessoal, sempre como Sra. Slagle”

“relutante em sua perseverança no estudo para a base de nosso crescimento”

“extremamente sensível às alianças públicas que ajudavam o crescimento da terapia ocupacional”

Sua equipe de trabalho foi descrita como composta por funcionários amedrontados, dos quais se esperava perfeição em suas tarefas. Slagle tinha uma postura de gerente e gostava de dizer aos jovens funcionários: “Levante-se e os encare. Não relute!”

Ainda segundo PELOQUIN (1991), alguns profissionais que se relacionavam com Slagle a descrevem como uma pessoa rígida e intolerante; outros, revelam que, além de possuir uma rica sabedoria profissional e profundos conceitos, dava grande importância aos amigos.

Para SPACKMAN & WILLARD (1973), Slagle representava a personificação do humanitarismo dos anos 20, e de certa maneira, era considerada “*uma espécie de militante, uma mulher agressiva e imaginativa*”.

Quando seu estado de saúde começou a se agravar, ela revelou seu carinho, gratidão e afeição por aqueles que eram primordiais em suas necessidades. Durante seu último ano de vida, parte do tempo, continuou trabalhando como diretora dos programas de Nova York.

Slagle morreu em 18 de setembro de 1942, em Tarrytown, e foi enterrada em Hobart, sua cidade natal. O “The New York Times” publicou um grande obituário.

Durante os anos de 40 e 50, foi referenciada de forma honrosa por diversos participantes da AOTA e em diversos encontros profissionais, sendo sempre reconhecida como “*aquela que deixou muito*”.

## Referências Bibliográficas

- ASSOCIATION NATIONALE FRANÇAISE DES ERGOTHERAPEUTES. *Ergothérapie: Guide de Pratique*. Septembre, 2000.
- BENETTON, M.J. *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. Diagrama&Texto/CETO, São Paulo, 1999.
- BENETTON, M.J. *A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. Tese de doutorado, Campinas, 1994.
- BENETTON, M.J.; GOUBERT, J.-P. *Ergothérapie e Terapia Ocupacional: um Estudo de História Comparada entre França e Brasil (1960-2000)*. Relatório Parcial de Pesquisa financiada pela FAPESP. Dezembro, 2000.
- CROMWELL, F.S. *Eleanor Clarke Slagle, the Leader, The woman – in retrospective on the 60<sup>th</sup> anniversary of the founding of the AOTA*. The American Journal of Occupational Therapy. November-December 1977, Volume 31, No. 10, p. 645-8.
- PELOQUIN, S.M. *Occupational Therapy Service: Individual e Collective Understanding of the Founders, Part 2*. The American Journal of Occupational Therapy. August, 1991, Volume 45, No 8, p.733-44
- SCULLIN, V. *História da Terapia Ocupacional*. In: \_\_\_\_\_. Occupational Therapy Manual For Personnel in the New York Department of Mental Hygiene. Albany, 1956. Cap.2, p.9-18. Traduzido pelo Centro de Estudo em Terapia Ocupacional, São Paulo, 1975.
- SIMON, H. *Tratamento Ocupacional de los Enfermos Mentales*. Sahat Ed., Barcelona-Buenos Aires, 1937.
- SPACKMAN, C.S. & WILLARD, H.S. *Terapêutica Ocupacional*. Editorial JUMS, Barcelona, 4 edição, 1973.
- W.F.O.T. Standards for Education of Occupational Therapists, 1971.