

**TRILHAS ASSOCIATIVAS:
Ampliando subsídios metodológicos à clinica da
terapia ocupacional**

Jô Benetton

**Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, CETO,
Rua Fradique Coutinho, 1945, sala 1,
Villa Madalena,
Cep. 5416-012
Tel. Fax. 38132131
E-mail: cto_sp@terra.com.br
Site: www.jobenetton.pro.br**

DA TERCEIRA EDIÇÃO

*Para minha querida irmã Isa, que com sua leitura inteligente, apontou-me equívocos e incoerências aparentes no texto..
Sítio Barbaridade, carnaval de 2006*

AGRADECIMENTOS

APRESENTAÇÃO

PREFACIO

“Trilhas Associativas” proporciona um percurso saboroso e cheio de surpresas, como um passeio gastronômico pelo sul da Itália, de Minas, da França, universal... Intrínseco ao seu estilo, ao ser Jô, surge o convite para provar, saborear experiências com uma liberdade que pode inicialmente assustar, mas que no “durante” já nos assola com a mais humana das perguntas: qual o significado?, qual o sentido?

Num topo de uma colina (#23) me surpreendo com a “Ocupação Biológica”, aprendo que Schneider já mapeava fraquezas e habilidades para compor o menu que hoje os terapeutas ocupacionais delineiam com tanta sofisticação. Esse é o livro, esse é o estilo da Jô, sofisticação aliada a uma sintonia com seu tempo.

Fundamentado em um profundo conhecimento da matéria em que transita, somos guiados pela autora, pela terapeuta, a uma degustação de sentidos, possibilidades, tramas, acordos, projetos, propostas, soluções, enfim, vida. Entre as oferendas que são servidas, surge a parceria, a dança, como a própria autora escreve. Aqui, entre a terapeuta e seu parceiro, que juntos constroem passos que pouco a pouco vão sendo construídos e reconstruídos, e novamente refeitos, até garantirem a liberdade de movimento que forma o espetáculo.

“Por outro lado o porco deve ser comido aos poucos, porque sua carne é muito forte. Além disso, os salames e chouriços, as partes defumadas ou salgadas, são assim preparadas para serem de algum tempo conservadas e bem acompanhadas, podendo compor vários lautos jantares. Aliás, desde o momento em que o sangue jorra, pela facada no coração, temos de conseguir acondicioná-lo para fazer as mordelas e os ‘fígades’, até o momento em que lavamos suas tripas com vinagre, para embutir as carnes moídas nesse processo todo. Há uma forma particular de degustar o porco. O horror, o nojo, a agressão, o medo, mas também o prazer e a criatividade compõem, de início, a mesa do gourmet que saboreia um zampone cozido com lentilhas, ou uma morcela com polenta e rúcula.” (pg.90). Nada melhor do que usar a própria autora para exhibir o que será encontrado nessa obra! Bom apetite.

Marcos T. Mercadante

DA PRIMEIRA EDIÇÃO

PREFÁCIO

Conheço Jô Benetton, sua carreira, convivemos há muitos anos na Escola Paulista de Medicina.

Ministramos cursos conjuntamente que envolveram residentes de Medicina, especializando de Terapia Ocupacional, de Serviço Social e Psicologia, mas tenho certeza que não foram esses os motivos que a levaram a formular o convite de prefaciar este livro.

Foi numa tarde na Pontifícia universidade Católica, quando de sua prova de qualificação, coube-me o exame do seu trabalho.

Datilogradas, apresentadas como mestrado, estavam as folhas de uma dissertação clássica, recheada de citações acadêmicas.

Reclamei: "Não vejo a Jô nesse trabalho, a Jô que eu conheço, a princesa da Terapia Ocupacional que tem idéias próprias. Reformule completamente seu texto, libere seu conteúdo do referencial médico".

Foi nesse instante que o texto atual começou a nascer. Forte, vigoroso, seu caminho para a ruptura no Brasil da terapia Ocupacional com a ocupoterapia, laborterapia, praxiterapia, etc. Jô apresenta um método de trabalho e o referencial teórico.

Compromete-se no texto passando ao largo da tendência de assepsia que tanto se observa nas dissertações acadêmicas.

Tudo isso foi feito no decorrer de dois meses e quando a banca aprovou-a, com nota máxima, ficou a recomendação unânime que seu trabalho não ficasse escondido em prateleira como tantos outros.

O livro está aí e todos nós saímos ganhando com isso.

Marcos Pacheco de Toledo Ferraz

ORELHAS

Se antes a Terapia Ocupacional era definida, no seu todo, como método ativo, assim o era por causa apenas do instrumento "atividades". Muitas vezes mostrei dificuldade de se encontrar também um lugar ativo para a terapeuta, nos diz a autora. E dedica este livro no qual percorre as peculiaridades e riscos de trabalhar sobre um caso clínico, como é possível encontrar esse lugar. Lugar que beira sempre a sutil diferença entre a violência necessária de um intervenção-interpretação e o que seria a violência da invasão da intimidade. É no campo transferencial, nos diz, que a terapeuta ocupacional pode tornar-se plenamente ativa. Mas é também no sentido do "construído" do constituído como novo que se nos mostra a riqueza e intensidade deste trabalho, que possibilita a introdução do mundo do outro e portanto do próprio mundo.

Este livro então, interessa a todos aqueles que de um modo ou de outro estão interessados em tentar compreender o universo particular das chamadas psicoses.

Importante aporte no campo da Terapia Ocupacional que libera os pacientes da prisão em que as teorias sobre Terapia Ocupacional os mantiveram até agora. **Beatriz Aguirre.**

Este livro surpreende por três bons motivos: trata de um caso real que parece ficção, envolve o leitor contando uma história assim como quem não quer nada e tem a marca do profissionalismo de Jô Benetton.

A descrição do caso de S.G., os comentários sobre arte. A abordagem moderna sobre terapia ocupacional, uma inusitada receita culinária, a honestidade do texto na primeira pessoa, tudo isto faz deste livro um convite à leitura e quem arriscar não vai se arrepender. Sou insuspeito para falar bem dela ou do livro. Conheci Jô Benetton há poucas semanas e fiz a revisão crítica do livro contratado profissionalmente.

O melhor elogio que alguém que escreveu um livro pode receber de um leitor é este: ""fiquei tão interessado que Não consegui largar o livro nem um minuto" ou, como se dizia antigamente, "li o livro todo de um sentada".

Trilhas Associativas está em suas mãos . Boa viagem. **Fred Navarro.**

A CONTRA-CAPA

Uma terapeuta ocupacional que entende de arte faz muita diferença. Jô Benetton com sua intimidade com a arte excita o universo estético de seus pacientes. Ação e contemplação estética, impulso e controle artístico.

INNER e OUTER fundidos numa entidade... O processo/produto criativo.

É como agente facilitador dessa complexa dicotomia que Jô Benetton opera a difícil tarefa de busca de saúde mental de seus pacientes através da arte. **Ana Mae Barbosa.**

A Clínica e a pesquisa de Jô Benetton colorem e vestem o mal-estar do homem.

A prova é este livro. **Jorge Forbes.**

Jô fez terapia ocupacional com alguns pacientes difíceis que estavam em psicoterapia comigo.

No seu trabalho percebia sempre uma pessoa sensível, disponível e capaz de captar as angustias profundas dos estados psicóticos. **José Otávio Fagundes.**

Pioneira na formação especializada e continuada dos terapeutas ocupacionais, Jô com habilidade, competência e emoção mais uma vez, promove e divulga de maneira única nossa profissão. **Michelle Hahn.**

DA SEGUNDA EDIÇÃO

REAPRESENTANDO

Minha avó ensinou-me. Guarde uma rodela usada de limão e cada vez que lavar as mãos esfregue as unhas na mesma. Depois polvilhe um pouco de pó-de-arroz nas mãos e dê um polimento nas unhas esfregando-as na palma das mãos e empurre as cutículas com um pedaço de casca de limão”. A “Doce Quinta-Feira” de Steinbeck, terceira edição não datada, é agora uma ilustração do que na adolescência foi uma das “boas maneiras” de aprender a glamurizar o cotidiano.

Além dele, muitos foram os autores (as) lidos às escondidas, os impróprios para a idade, como Sartre, Flaubert e o maravilhoso Sholokhov. Cada um deles(as), foi ajudado(a) pela saborosíssima culinária, ensinada como alquimia pela minha avó, e o charme, naquele tempo, da minha mãe, fazendo-se intelectual, com seus seis filhos bem cuidados. Seus maridos, meu pai e meu avô, pareciam-me muito orgulhosos de suas companheiras e fizeram-me uma observadora dos pequenos gestos e dos grandes sabores. A leitura era principalmente uma forma de experimentar um cotidiano ainda não vivido. Assim, o bife que Doris Lessing fritava para o seu homem em “O Carnê Dourado”, era temperado com um sufoco de enormes sentimentos, além dos dela, os meus.

Essa terapia ocupacional que aprendi a fazer é cultivada desde o início do homem e é contada pela tradição oral e depois escrita, como intimamente dependente da cultura. No meu caso, não era nada elegante e não existe nenhum charme em ficar emburrada ou de mal com a vida. Pode-se brigar, reivindicar, seduzir e se nada adiantar, era bom estar preparando um lauto jantar e depois escovar cem vezes os cabelos de cabeça para baixo e ter já as unhas delicadamente rosadas.

A Terapia Ocupacional, a de agora, em “*The best jobs for the 21st century*”, é a oitava profissão, entre as vinte pesquisadas nos Estados Unidos, com maior possibilidade de expansão de mercado. Com a história do passado e a perspectiva do futuro, quero rerepresentar estas minhas trilhas.

Na primeira edição, homenageei meus professores: Amina Maggi, Annelise Strauss, Mari Carposi e Oswaldo Dante Milton di Loreto. Fui apresentada pelo carinho dos meus amigos: Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, Beatriz Aguirre, Ana Mae Barbosa, Michelle Hahn, Jorge Forbes, José Otávio Fagundes, Fred Navarro e Suely Rolnik.

Os meus grandes amores Joana, Luciano, Paula, Fabiano e Julia, se reúnem aqui pela primeira vez. S.G., o passageiro da terapia ocupacional, completa a relação triádica que a caracteriza.

Esta edição, espero possa ser sentida como minha homenagem à Helena Maffei Cruz e Itiro Shirakawa e ofertada à Sonia Ferrari e Solange Tedesco. São Paulo, 28 de Abril de 1999.

A TERAPIA OCUPACIONAL

As únicas ciências autênticas são aquelas que conseguem estabelecer ligações explícitas entre fenômenos....Evitemos retirar de nossa ciência a poesia. ... A história serve a ação. Marc Bloch, 1993.

A “ocupação” (ver artigo Pierce revista do CETO no 8) que desde a Antiguidade foi utilizada como medida de cuidado e assistência a doentes, teve no “treinamento de hábitos” de Eleanor Clarke Slagle, (1917) uma primeira técnica não médica, para o primeiro ensino e assistência em terapia ocupacional.

Tudo começou com um curso de seis semanas em ocupação e recreação curativa, ministrado para atendentes hospitalares e sob a direção de Graham Taylor, em 1908 na Escola de Educação Cívica e Filantrópica de Chicago. Slagle (Benetton e Varela, 2001), estudante que já tendo concluído o curso de atendentes hospitalares, matricula-se nesse curso formando-se em junho de 1911. Nesse mesmo ano ela conduziu um curso similar no Hospital Estadual de Newberry, Michigan.

Até o início do século XX, o uso da "ocupação" com fins assistenciais era nomeado, em diferentes países, em diferentes línguas, por: tratamento moral, tratamento do trabalho, terapia do trabalho, tratamento da ocupação, reeducação ocupacional, de ergoterapia (*ergothérapie*), laborterapia e praxiterapia.

Em dezembro de 1914, num encontro de trabalhadores hospitalares e a Coordenadoria Estadual da Insanidade de Massachusetts, em Boston, o arquiteto George Edward Barton sugeriu para a nova profissão que ora se construía o termo “*therapy of occupation* - ocupação terapêutica”. Nesse mesmo ano numa Assembléia da Associação de Proteção à Reeducação pela Ocupação foi votada a alteração do nome da profissão para *Occupational Therapy* – Terapia Ocupacional, onde a terapia passou a ser qualificada pela ocupação e não a ocupação pela terapia. Esta qualificação original do termo terapia é o primeiro sinal da especificidade da Terapia Ocupacional.

Em 1915, Slagle organizou o primeiro curso profissionalizante para terapeutas ocupacionais, sendo a diretora da Escola de Terapia Ocupacional Henry Favill em Chicago, de 1918 a 1922. Buscando na história da Terapia Ocupacional possíveis fundamentos para a afirmativa de Eda de Oliveira Tassara de que a “Terapia Ocupacional é uma tecnologia”¹, foi possível encontrar através do “treinamento de hábitos”, os primeiros passos da construção técnica da profissão.

Entre 1900 e 1917, quando foi fundada a Sociedade Nacional para a Promoção da Reeducação pela Ocupação e mais tarde da Terapia Ocupacional, estava sendo construído o caráter da profissão, demarcando o seu espaço como da ocupação de pacientes institucionalizados, tanto da área mental como da física, com o propósito de promover o seu retorno à sociedade. Sob forte influência do momento histórico social, político e econômico, do início do século no Estados Unidos, desencadeou-se o processo de constituição e legislação da profissão.

Nos Estados Unidos vivenciava-se os primeiros movimentos do grande desenvolvimento tecnológico que se estende até agora. Não só na América do Norte, mas em todo o mundo, todas as culturas e o desenvolvimento de países, das profissões, das artes, foram fortemente influenciados pela nova ordem das engenharias. Muitas profissões foram criadas nesse momento, por um lado incentivando a base tecnológica por outro prevendo a ampliação do mercado de trabalho estendendo-o inclusive às mulheres.

Com a marca de sua época, essas profissões foram construídas demarcando espaços, especificando seus objetivos, geralmente prevendo soluções para a mudança de comportamentos, experimentado em laboratórios e não só sendo estudadas através da observação empírica. Foram criadas leis e sistemas de avaliação, medidas de eficácia e eficiência e principalmente estabelecidos caminhos cada vez mais curtos para solução de problemas.

Slagle, principal mentora da Terapia Ocupacional, criou-a dentro desse espírito. Por um lado, demarcou o espaço da mulher profissional terapeuta

¹ “No século XIX, quando a ciência encontra a realidade, neste momento se aproxima da técnica do ponto de vista intelectual, porque o indivíduo que vai construir o conhecimento necessariamente está vendo os objetivos práticos desse conhecimento. Em decorrência, cria-se a necessidade associada à projeção do futuro, à transformação do presente, à possibilidade de se integrar à técnica à ciência. Surge dessa forma, a ciência das técnicas, e a ciência das técnicas chama-se tecnologia. Ora, a terapia ocupacional, pelo seu próprio nome, já se afirma como uma técnica, ou, na pior das hipóteses, como uma técnica ou um conjunto de técnicas. Mas, como ela é uma técnica com origem estritamente científica, ela é, portanto, uma tecnologia e ela é uma tecnologia que faz uso de ciências ou conhecimentos científicos para atuação em um campo específico de problemas, dentro da qual ela se inscreve, se define pela função “ocupação”. (TASSARA, p. 46).

ocupacional através da descrição de uma personalidade a ser plasmada de tal forma a poder ocupar o lugar de terapeuta, portanto de uma técnica. Por outro, desenvolveu um programa de “treinamento de hábitos”, para objetivar uma adaptação social de pacientes tanto portadores de distúrbios emocionais como de deficiências físicas.

Em Scullin (1956), encontramos o relato e análise das duas principais providências na área da saúde que resultaram na criação da profissão Terapia Ocupacional. A primeira providência foi a de ocupar pacientes psiquiátricos com a premissa humanitária de que “o trabalho é o meio essencial para a cura” (Brigham, 1843-1849). A segunda, uma providência econômica, a criação de indústrias hospitalares com dois objetivos: por um lado deveria suprir custos de internações, e por outro essas oficinas deveriam suprir as dificuldades financeiras dos familiares dos pacientes internados, ao mesmo tempo em que elas eram consideradas a porta de saída do hospital.

Segundo a própria Scullin, logo essas providências tanto humanitárias como econômicas não chegaram aos resultados esperados. Apenas pacientes menos graves se envolviam com o trabalho no hospital e o próprio mercado resistiu à venda dos produtos das oficinas, tendo o governo que criar um compromisso legal denominado de “Princípio de Manufatura para uso do Estado”, para comercializar os produtos resultantes desse trabalho protegido.

Como não poderia deixar de ser, em vista da época dessas ocorrências, a economia taylorista e o início da era tecnológica, o encaminhamento seguinte é à busca de soluções técnicas para os procedimentos de uma terapia como profissão e trabalho. As técnicas desenvolvidas para o tratamento de doentes mentais e deficientes físicos estavam diretamente dependentes das capacidades remanescentes desses indivíduos e as providências a serem tomadas deveriam levar em conta esses espaços a serem explorados com a finalidade de se alcançar uma adaptação social.

A partir da década de 70, esse caráter técnico da Terapia Ocupacional tem sido discutido por duas correntes de pensamento, a primeira crítica e a segunda que dá continuidade a esse pensamento inicial. A primeira tem como principal crítica ao caráter técnico como sendo um desprestígio no mundo científico, isto é, o que é técnico não é ciência; e outra que acredita que vivemos ainda de ensaios e erros.

A Terapia Ocupacional como profissão que implica uma intervenção tem na investigação do empírico o início da sua aproximação à ciência. Às

vezes os debates sobre essa questão se acirram de tal forma a dar a impressão de que existem várias Terapias Ocupacionais. (vide Benetton Revista CETO n.9)

Nem lá, nem cá, na condição de clínica, pesquisadora e professora, para, e de um aspecto muito particular da condição humana, isto é, o período em que um indivíduo se encontra “necessitado”², ao utilizar-me de técnicas para a

promoção de saúde, procuro basear-me em elaborações teóricas. A prática da Terapia Ocupacional, para mim, está investida na sua totalidade, pelo caráter da investigação que determina um campo de conhecimento. As elaborações teóricas, as investigações, e as técnicas que compõem um campo de conhecimento levam-me a acordar com Tassara em princípio, que ela é uma tecnologia.

A Terapia Ocupacional, para mim, é única, só existe uma. Essa Terapia Ocupacional, com as iniciais do termo em letra maiúscula é a referência à profissão. Como tal, **defino-a simplesmente como uma profissão que se utiliza à ocupação para tratar**. Para começar, se a considerarmos um conjunto de técnicas, isto não constitui um desprestígio no mundo científico, mas, pelo contrário, é o substrato para a construção do seu campo. Criada, entretanto, no campo das tecnologias, a Terapia Ocupacional nos permite transitar dinamicamente entre o empírico e o científico e construir em torno de seu instrumento **atividades**, procedimentos da ordem das teorias das técnicas com sucesso para pessoas necessitadas.

A releitura deste livro pretende demonstrar que existem teorias, métodos e técnicas na constituição do campo da Terapia Ocupacional e principalmente a construção de teorias da técnica. Que a pluralidade salutar não está na profissão e sim no seu campo da “assistência”³, isto é, na terapia ocupacional com as iniciais do termo em letra minúscula, demonstrativo de um procedimento ou de procedimentos. A linha tecnológica a ser apresentada busca uma lógica interna entre teoria e prática, sendo ambas objeto de investigação.

² O termo necessitado está baseado em texto de Hegenberg, (1998): “Tendo em conta os vários fatores, Roths Schuh entende a doença como um “tipo de necessidade de ajuda”, (subjéitiva, clínica ou social) – em pessoas cujo equilíbrio físico, psíquico ou psico-físico, se encontre, de alguma forma, prejudicado. Percebe-se que é grande o número de relações a considerar. Há relações (1) de uma pessoa com si mesma; (2) entre essa pessoa e um médico; (3) entre a pessoa e a sociedade; (4) entre o médico e a sociedade; (5) entre o médico e a pessoa que, ao procurá-lo, se transforma em paciente” (p. 14). Podemos pensar da mesma forma em terapia ocupacional, quando uma pessoa se apresenta a nós com alguma demanda para o suprimento de algum tipo de necessidade.

³ Elegi o termo assistência por considerar que a Terapia Ocupacional faz parte das profissões que têm os seus procedimentos no sentido de permanecer para auxiliar, ajudar, socorrer e favorecer.

Minha contribuição nessa linha de pensamento, isto é, construção de teoria da técnica, tem sua fundamentação alicerçada em dois eixos de estudo: o central e o metodológico⁴. Essa divisão virtual é a estratégia que encontrei para apresentar no eixo central uma parte do campo da Terapia Ocupacional. Ele é constituído pela minha compreensão e análise da história do uso da ocupação como forma de assistência. No eixo metodológico mostro os autores, os métodos e as técnicas que me influenciaram diretamente tanto na prática clínica como na sua elaboração, para a construção de teorias da técnica. As contribuições decorrentes do meu estudo têm sido inseridas na categoria das "terapias ocupacionais dinâmicas", uma vez que a subsidio em conceitos teóricos e nas observações empíricas do movimento psíquico e nos aspectos da realidade externa do indivíduo movimentando-se no seu meio social e sem dúvida fazendo algo.

⁴ O termo metodológico está empregado no sentido de direção do estudo e da instigação para a construção de teorias do conhecimento para e na terapia ocupacional.

O EIXO CENTRAL

... o raciocínio clínico na terapia ocupacional é direcionado não para o mundo biológico da doença, mas ao mundo humano dos motivos, valores e crenças – “um mundo de significados humanos”. Mattingly, (1991).

Para ser fiel às minhas elaborações sobre a Terapia Ocupacional é preciso que oriente o meu leitor. Sempre estive mais interessada em discutir uma lógica interna para os procedimentos da terapia ocupacional, que a epistemologia da profissão. Essa é uma postura diante de uma nova profissão e sobretudo para não colocar a carroça na frente do burro. Depois do pós-doutorado em História, transito por um caminho sem volta, estudo também a história e epistemologia da Terapia Ocupacional.

Começo com questão técnica ou da técnica. De pronto opto pelo termo procedimentos no lugar de técnicas para a terapia ocupacional de hoje. No termo tecnologia, como um conjunto, especialmente utilizado para princípios científicos e que se aplicam a um determinado ramo de atividade, parece-me, para a prática clínica deixar em que falta algo, isto é o homem. Entretanto no que diz respeito aos termos métodos ou metodologia, os utilizo muito com o sentido de estabelecer as direções das instigações da clínica. Procedimentos, dizem respeito a um método de proceder, a uma forma ou desenho de proceder subordinado ao cumprimento dos atos e trâmites de um processo. Um procedimento baseado em conhecimento científico, em tecnologia, quando prevê atos e trâmites, cria o espaço necessário para se pensar em ética e estética. Pode parecer neste momento que estou a falar da estética como um dos produtos das atividades desenvolvidas em terapia ocupacional, mas não, é mais que isso. Trata-se aqui da ética e estética que devem estar no interior dos procedimentos terapêuticos da terapia ocupacional. A “ética-estética” que se estende à própria vida, segundo Wittgenstein (em Chauviré, 1989) e que deve sustentar e direcionar procedimentos na terapia ocupacional. No que é ético na terapia ocupacional, também está o estético: levar ao “fazer” como um projeto para o “ser”, numa relação “ética-estética” de construção no meio em que se vive. (Benetton, *Revista São Camilo*, v.8, n.3, 2002). A proposta de construção e inclusão estão no âmago da terapia ocupacional e o sucesso só pode ser alcançado se um sujeito puder e tiver o prazer de saber que seu fazer é ser e ser é fazer.

As intervenções de terapia ocupacional são constituídas por procedimentos, inclusive tecnológicos, envolvidos numa experiência “ética-estética” de construção e integração. O uso de trabalho e ocupação já eram habituais, principalmente em Psiquiatria quando a profissão Terapia Ocupacional foi fundada, e para mim é nessa linda história que planto minha identidade profissional.

“*FAÇA A SUA PRÓPRIA TERAPIA OCUPACIONAL*”, usando tal lâ, o aparelho tal, como hobby. No anúncio publicitário que pode estar na televisão, rádio ou periódicos, a prescrição pode ser: “para que seu tempo ocioso não fique tedioso, faça uma atividade qualquer”. Da sabedoria oral antiga, ouvimos com frequência: “quem canta seus males espanta”, “quem trabalha não tem tempo para caraminholas”. Este é o sentido mais tradicional e popular da terapia ocupacional.

É a sabedoria popular que confirma o valor intrínseco de “fazer algo”, de utilizar uma ocupação para o desvio de sentimentos não desejados. A Terapia Ocupacional, por ter nascido como profissão, se servindo de ocupações para orientar processos terapêuticos, ficou impregnada do caráter humanista, nascido do conhecido universo laico. Origina-se aí também, a idéia de que é mais saudável fazer uma atividade do que o são as fantasias ou invenções fantasiosas.

Porque se usa, ou melhor, deve-se usar uma gama variada de atividades em terapia ocupacional e porque essas atividades são as mesmas que constituem o universo cultural humano, pode-se ter a impressão de que a Terapia Ocupacional nasceu ou a sua pré-história é demarcada pelo “fazer algo, ocupar-se ou mesmo trabalhar”. Entretanto, na minha análise do processo histórico da constituição do campo da Terapia Ocupacional observo que uma determinada gama de atividades, com certas características, foram desde a Antigüidade aplicadas, em determinados lugares e circunstâncias, com a finalidade de cuidar, tratar, como alívio ou distração. **Dessa forma não foi o uso puro e simples da ocupação, do trabalho e das atividades humanas que determinam a configuração do caráter da terapia ocupacional, mas sim, a aplicação deles em condições e situações determinadas.** O que quero enfatizar, desde este princípio, é que a Terapia Ocupacional não é diretamente herdeira da condição humana de ser ativo, de fazer atividades ou trabalhos, mas sim, do fazer algo com a função de aliviar algo.

Na Antigüidade, com tal caráter, quando as doenças mentais e físicas significam “males do espírito”, fazer algo, intermediava a magia e as orações. O objetivo era afastar os “maus espíritos” ou acalmar espíritos atormentados. As brincadeiras, os passeios e os jogos criavam um ambiente tranqüilo, facilitando a aproximação com os deuses.

Muitos séculos se passaram para que, no período greco-romano, esse fazer algo, para distração e alívio, sofresse a sua primeira rudimentar tentativa de sistematização. Os estudos médicos de Hipócrates (460-377 a.C.), os de Platão (427-347 a.C.) sobre a realidade psíquica e os de Aristóteles (384-322 a.C.) sobre a consciência muito beneficiaram o desenvolvimento de práticas terapêuticas para os que tinham perturbações espirituais ou cerebrais.

Na época do apogeu de Roma, Themison (123-143 a.C.), discípulo do filósofo Asclepiades (123 a.C.), criou a Escola Metodista, que teve como principal escritor médico Aurélio Cornélio Celso (25 a.C., 50 d.C.). A Escola Metodista, considerada como dogmática, pode ser vista como a primeira corrente médica a sistematizar o uso de atividades para os doentes mentais. Sorano d' Éphise (93-139 d.C.), médico metodista, na obra intitulada “Da doença aguda, e da doença crônica” descreve os cuidados a serem observados no tratamento de doenças cerebrais. “Os locais de cura” eram especialmente organizados de forma a propiciar a tranqüilidade, o conforto e a evitar o suicídio ou acidentes. As atividades utilizadas como fonte de observação do doente eram capazes de promover o retorno da consciência, se não definitivamente, pelo menos de forma temporária. Buscando encontrar elementos de contraposição para a mania, os metodistas comprovaram que alguns tipos de atividades como jogos, teatro e música provocavam certas emoções, e que para determinadas pessoas podiam ser tanto benéficas como prejudiciais no processo de cura.

Esta primeira sistematização foi sedimentada por Cláudio Galeno e Pérgamo (131-200 d.C.) autor de slogan: “A ocupação é o grande médico da natureza”.

Entre 640 e 800 d.C., os árabes se apoderam da Babilônia, Pérsia, Síria, Egito e Espanha. Essas conquistas, além de geográficas, foram também de assimilação e transmissão de conhecimentos. Os árabes foram os primeiros construtores de locais próprios para o tratamento de doentes mentais (sendo o primeiro em Fez, no Marrocos, século XII), assim como os implantadores de tais idéias na península Ibérica.

Durante a Idade Média algumas poucas idéias humanísticas puderam sobreviver, não sendo possível, entretanto, enriquecê-las ou desenvolvê-las. As que sobreviveram foram precursoras do humanismo na era posterior.

No século XVIII, o aparecimento de uma nova ética social na Europa advém, na França, da filosofia da libertação, na Alemanha, do racionalismo e, na Inglaterra da religião.

Partindo da filosofia da Libertação, Philippe Pinel (1745-1822), médico, diretor de hospitais Bicêtre e Salpêtrière, retorna os estudos greco-romanos para criar, na França, o “Tratamento Moral”. Tal tratamento, que hoje

poderíamos definir como programa terapêutico, era desenvolvido dentro do “asilo”, local próprio para assistência aos “alienados” e tinha como suporte os três ideais: “Liberdade”, “Racionalidade” e “Humanidade”. Os alienados que apresentavam um distúrbio da razão, que não eram delinquentes ou irracionais, deveriam ser tratados com liberdade e humanidade. A doença que causava contradições da razão, ilusões, desordem moral e atitudes anti-sociais, deveria ser enfrentada pelo trabalho. Este, definindo como produtivo, regular e agradável, era o instrumento da aprendizagem da ordem, regularidade e disciplina. O objetivo a ser alcançado era que o alienado adquirisse um equilíbrio razoável. Esse sistema pedagógico previa também atividades construtivas para o lazer e a possibilidade de algum ganho monetário, desde que fosse observada a necessidade de uma motivação maior do doente. Assim delimitado o trabalho seria, conseqüentemente, o meio de organização e manutenção do ambiente asilar, como contraponto ao ócio desorganizador. Até aqui, qualquer atividade, principalmente o lazer, tinha o mesmo caráter na busca da cura. Agora o trabalho produtivo passa a ser enfatizado e é também através dele que se espera alcançar a reinserção social.

O trabalho como instrumento de terapêutica médica, portanto, prescrito e orientado pelos médicos, sendo núcleo central do Tratamento Moral, determinou a relação estreita, até hoje conservada, entre psiquiatras e terapeutas ocupacionais.

“Na história do nascimento da Psiquiatria, na Europa, no início do século XIX, o lugar eminente dado a Philippe Pinel, é sem dúvida abusivo». (Postel e Quétel, 1996). O nascimento da psiquiatria se deveu a Vincenzo Chiarugi (1759-1820) na Itália, William Tuke (1732-1822) na Inglaterra e Joahan Christian Reil (1759-1813) na Alemanha, mesmo antes de Pinel. Foram, eles e tantos outros verdadeiros construtores e também promotores da disseminação do Tratamento Moral em todo o mundo ocidental. (Benetton, Revista CETO n9)

Esses “médicos-filósofos-filantropos”, fizeram do Tratamento Moral um corpo único. Ao longo do século XIX a este agregaram-se novos elementos e compuseram-se programas mais elaborados.

Segundo autores médicos da História da Medicina e em particular da Psiquiatria, a repercussão, no início do século XX, da filosofia do Tratamento Moral, caminha por dois lados no que diz respeito ao uso da ocupação. Nos Estados Unidos, Adolph Meyer criou, a partir de 1900, um programa que também denominou de Tratamento Moral. Na Alemanha, Herman Simon

sistematizou a sua Terapia Ativa na obra, “Tratamento ocupacional dos enfermos mentais” (1929).

O tratamento ocupacional de Meyer, a partir de ocupações de características ressocializantes, buscava encontrar o equilíbrio e a consciência da realidade, isto é, a conduta adaptada ao social, em contraposição ao comportamento anti-social do doente. As ocupações eram prescritas aos doentes de acordo com o seu grau de consciência. Numa primeira etapa a manipulação dos materiais era utilizada para estimular sensorialmente. Num segundo momento, considerado como de treinamento, praticavam-se atividades promotoras do cuidado de si, dos afazeres domésticos, de hábitos, de hábitos úteis e de habilidades de adaptação. A última etapa constituía-se no desenvolvimento de decisões requeridas pelo trabalho, de aspirações próprias e de estratégias para colaboração em jogos. A vida em comum com parentes e amigos, a colaboração apropriada no aspecto econômico, coroavam o tratamento proposto por Meyer.

Se o Tratamento Moral, na Europa, tinha no trabalho produtivo o instrumento fundamental para a organização da instituição, no tratamento proposto por Meyer a instituição é organizada à semelhança da sociedade para que o treinamento se realizasse. Sem dúvida tal programa estava inteiramente de acordo com a situação anteriormente descrita, quando nos Estados Unidos, os hospitais-indústria estavam falidos em seu projeto moral ou econômico. A revolução industrial promovia a busca de tecnologia, a medicina experimentava para desenvolver terapêuticas e a ocupação era aplicada para se obter a adaptação social.

Meyer pesquisava e experimentava o desenvolvimento de condutas terapêuticas e medicamentosas. Como representante da geração de profissionais da Saúde, totalmente apoiados pelo governo americano, estabeleceu um dos primeiros programas sociais de saúde e de educação para aquela federação. Seu programa era baseado:

- No treino dos técnicos e enfermeiros, assistentes sociais e, mais tarde, de terapeutas ocupacionais. Além de estudos das técnicas de assistência, esses novos profissionais foram formados para serem para seus pacientes modelos de adaptação social;
- Na orientação das famílias para que pudessem acompanhar o desenvolvimento dos doentes e recebê-los de novo na comunidade.

Já, a Terapia Ativa de Simon retorna o trabalho produtivo para combater a inatividade, organizar o meio manicomial e desenvolver a

responsabilidade do doente mental. O trabalho é visto como instrumento de educação que, por outro lado, é o substrato da psicoterapia. Comparando o processo educacional de crianças com os doentes mentais, a Terapia Ativa propõe o uso da ocupação escalonada em graus de dificuldades de realização. Através da divisão do trabalho em etapas, semelhante a da produção em série, todos os doentes podiam ocupar-se e com isso manter organizado o ambiente manicomial. Desde apertar um parafuso até “a plena capacidade equiparável à de uma pessoa normal de sua classe”, todas as ocupações deveriam ser prescritas pelo médico. Simon conclamava a participação ao tratamento de todos os funcionários do hospital, como orientadores das ocupações, uma vez que o paciente desempenhava diferentes funções em todos os setores do hospital. Sob o mesmo pressuposto foi estabelecida a orientação das famílias que deveriam colaborar com o doente, através de sua reinserção no mercado de trabalho.

Na segunda parte do seu livro Simon faz uma tentativa modesta no sentido de relacionar os sintomas da doença e o uso de diferentes tipos de ocupação, propondo-se especificá-las como capazes de aplacar ou minimizar esses sintomas.

Tal pensamento foi sistematizado por Karl Schneider a partir de 1930, na Clínica Psiquiátrica de Heidelberg.

O programa “Ocupação Biológica» (1936), criada por Schneider, tinha como pressuposto básico que as atividades oferecidas aos doentes, levando em conta suas capacidades remanescentes (Terapia Ativa), além de levarem a um equilíbrio somático e psíquico, possibilitavam a descarga dos processos psíquicos patológicos, assim como o exercício de funções conservadas e a característica de uma atividade, deveria ter a qualidade de contrapor-se ao sintoma e/ou de exercitar a função conservada correspondente.

Os estudos de Schneider dão o arremate final para o que hoje se denomina Terapia Ocupacional dentro do “modelo médico”: é quando deixa em aberto a possibilidade de se estabelecer atividades específicas escolhidas em função dos sintomas de cada doença ou síndrome. A prescrição médica das atividades passou a fazer mais sentido, pois podia ser receitada à semelhança de uma medicação.

Para Schneider, como pesquisador e professor de uma escola médica, o uso de atividades possibilitava também uma melhor observação do doente e a participação dos estudantes em tal programa facilitava a aprendizagem, daqueles que se tornariam “condutores” dos enfermos a eles confiados.

Considero Meyer, Simon e Schneider e seus programas: Tratamento Moral, Terapia Ativa e Ocupação Biológica, como projetos que consolidaram o uso da ocupação-trabalho como técnica médica. Esses programas, que ousar o espaço de primeiras técnicas, (no sentido da investigação empírica, para construção de conhecimento), enfatizam o caráter da medicina no uso da ocupação e a importância deles, tem sido grande a ponto de poder-se considerar algumas práticas de terapia ocupacional como constructos resultantes desse pensamento.

De fato, para alguns autores e algumas técnicas, até hoje, o Paradigma da Medicina é o norteador para a prática da terapia ocupacional. (ver Benetton, Revista CETO n. 9).

Porém, desde a constituição da profissão, novos fundamentos para a criação de técnicas e formas de proceder têm permitido o desenvolvimento de um caráter paradigmático para a Terapia Ocupacional.

O OLHAR DO HISTORIADOR NA HISTORIA

OU

OLHAR DA TERAPEUTA OCUPACIONAL DEBRUÇADO SOBRE A A TERAPIA OCUPACIONAL

L'ergotherapie pode ser definida de duas maneiras: em termos hierarquicos ou em termos de identidade. Goubert 2003.

Jean-Pierre Goubert, historiador, disse-me um dia que é impossível que eu escreva um livro sobre a História da Terapia Ocupacional sem que seja na primeira pessoa. Apesar de Marc Bloch o historiador, afirmar que a história só pode ser pesquisada e repercutida assim, o temor tomou conta e prendeu minhas palavras.

Um particular esforço para que as palavras deste capítulo sejam escritas com leveza, querem contar do olhar da terapeuta ocupacional sobre a fundação e os primeiros aportes da Terapia Ocupacional.

A responsável por dar início a um caráter próprio à profissão foi Eleanor Clark Slagle. (ver Revista *CETO* n.6,n.8, n.9.). Descrita como: “Uma mulher elegante, de aproximadamente 1,60 de altura, grandes olhos azuis, suaves cabelos grisalhos, ativamente participante na sociedade e rigorosa com aqueles com quem trabalhava. Uma das fundadoras da American Occupational Therapy Association (AOTA), que por gostar muito de reuniões e banquetes, sugeriu que a fundação fosse comemorada com um evento social” (em Hopkins, 1982).

Estudante de auxiliar de enfermagem, Slagle, sob influência de sua época, dos autores médicos, do uso terapêutico por um lado, do trabalho e por outro da ocupação e lazer, aluna de Meyer, promotor do caráter social e sociabilizante do hospital psiquiátrico, desenvolveu o programa que denominou de “Treinamento de Hábitos”. Esse programa que hoje vejo como projeto paradigmático, nas suas práticas propunha subsídios para a formação de novas profissionais ao mesmo tempo em que sustentava a assistência em terapia ocupacional neste princípio, para doentes mentais. Baseada na afirmativa laica e embasada pelos filósofos da época, de que nossa vida é feita em grande parte de hábitos, Slagle estabeleceu esse programa com o objetivo

de levar o doente a alcançar os propósitos de cura de Meyer: “equilíbrio entre o trabalho, o repouso e o lazer”. (*ver Beneton, Ferrari, Tedesco, Revista CETO n.8*).

No projeto da técnica do treinamento de hábitos Slagle previu a formação da personalidade da terapeuta ocupacional, “bondade infinita, paciente, imaginativa e maternal”.

Ao usar o “materno” na terapia ocupacional ela nos deixou como herança o caráter feminino da profissão, ao mesmo tempo que intuiu a família como matriz do psiquismo e o *setting* da terapia ocupacional como espaço para o uso da “maternagem”.

Mesmo que seja repetitiva, acho que essa história tem que ser contada e analisada por inteiro.

A medicina, no início do século, como outras profissões estabelecidas e suas instituições, principalmente o hospital, passaram por grandes transformações técnicas. Entre as condutas médicas, os usos dos trabalhos e das ocupações também foram revistos.

Nos hospitais gerais, a permanência, o repouso e a recuperação no leito, tiveram como “complemento medicamentoso” a ocupação, (*Tracy, 1905*). Para Hall (1904), a ocupação era prescrita como terapia, “reguladora da vida”. Como ocupação, os hospitais gerais passaram a prover a aplicação de exercícios no leito, como prevenção dos males acarretados pela imobilidade.

Particularmente nos hospitais psiquiátricos, foi onde o trabalho e ou ocupação como técnica terapêutica teve um maior desenvolvimento. Por motivos também humanitários e econômicos, o trabalho e a ocupação eram aplicados. Entretanto, os psiquiatras enfatizavam-na como técnica médica. Com um tipo de medicação pouco eficaz no trato dos sintomas psiquiátricos, os médicos tinham na ocupação uma conduta relativamente eficiente para o enfrentamento à perseveração de condutas alteradas e inadequadas, para a manutenção do ambiente hospitalar relativamente organizado e para, em alguns casos uma real educação. Muitos foram os depoimentos de pacientes que se beneficiaram dessa terapêutica, sendo o de Beers (1967), um dos mais importantes. Em 1936, quando a insulino-terapia e o eletrochoque começaram a ser utilizados na minimização de sintomas, a ocupação era a conduta médica mais prescrita pelos psiquiatras. Na realidade só na década de 50 com o advento dos neurolépticos é que a conduta médica passou a enfatizar a medicação.

Se olharmos no interior dos projetos de trabalho e ocupação daquela época, como o de Meyer (1905), Simon (1927) e Shneider (1936), podemos

observar que as técnicas empregadas buscavam a supressão dos sintomas. O trabalho e as ocupações eram indicados como capazes de alcançar a organização do pensamento, o reatamento das relações e das realizações, a contenção da excitação e a orientação da conduta e do comportamento.

Pouco se nota em Slagle, nos seus projetos e escritos, a influencia de uma terapia ocupacional de “modelo medico”, parece ate que ela introduziu sutilmente, isto a margem do “grande poder”, em seu projeto de intervenção e os procedimentos que fazem diferença hoje. **Ela não se utiliza em seus escritos dos termos trabalho ou ocupação e sim hábito e atividade.** Os pacientes para os quais Slagle projetou a técnica treinamento de hábitos estavam muito doentes. Teve ela então, que prever tanto uma forma de abordagem como observar e captar qualquer indício de atitude e ou conduta saudável para em seguida motivar uma nova ação, mesmo que muito pequena. Por isso para ela foram 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. Para esse árduo trabalho, Slagle teve que se preocupar tanto com a forma de mobilizar como a de ensinar atividades e pelos mesmos motivos estabelecer um treinamento para as terapeutas ocupacionais, visando um relacionamento positivo com os pacientes. É justamente por isso que é considerada nos Estados Unidos a precursora das terapias ocupacionais dinâmicas e teve o seu projeto, lá utilizado, até 1959. Segundo a própria Slagle, “em sua maior parte, nossas vidas são construídas por hábitos e a ocupação usualmente curativa serve para suplantiar alguns hábitos, modificar outros e construir novos para que ao final as reações a hábitos sejam favoráveis à restauração e manutenção da saúde”. *(ver artigo Benetton, Ferrari e Tedesco, revista CETO no 8)* Ela não falava em doença ou reação à doença, mas numa reação a hábitos. Estava mais preocupada com a saúde, os hábitos saudáveis e numa relação salutar e, nisto, o seu projeto difere e muito do dos autores médicos.

A herança de Slagle para mim esta sobretudo, no estudo e procura da lógica interna de um método de terapia ocupacional, com base no conceito filosófico e leigo da saúde como “bem estar”. **Assim sendo, os procedimentos em terapia ocupacional são construídos a partir da idéia de que serão em parte a exploração de aspectos saudáveis e por outra parte a ampliação de recursos para a construção do cotidiano. Deve-se poder experimentar na terapia ocupacional uma vivência ética-estética da saúde, a arte de bem viver.**

Há ainda, a elaboração sobre o caráter feminino da terapia ocupacional. Colocando o materno como parte da “personalidade” da terapeuta ocupacional, Slagle praticamente interdito a profissão para os homens.

Durante pelo menos uns quinze anos, esse aspecto foi um ponto obscuro, o qual não sabia ou não podia abordar. Só depois de aprofundar-me nos estudos de Winnicott e sem dúvida, nos da transferência em Freud, à luz se fez. O lugar de mãe que a terapeuta ocupacional deveria ocupar na relação com o paciente, ao ser substituído pelo conceito de maternagem (*em Benetton, baseando-se em Winnicott, 1994*), não carrega em si o feminino ou o masculino, mas, uma posição a ser ocupada nessa relação. Este conceito pouco elaborado para a clínica em Winnicott, foi melhor analisado por Masud Kahn, no prefácio da obra: *Da pediatria a psicanálise*. Kahn para a clínica, aproxima a maternagem ao setting caracterizado como transmissor de segurança através da presença e manejo da relação terapêutica. Este aporte, traz para o setting de construção na terapia ocupacional a liberdade e o propósito de participação.

Pensar-me herdeira e desenvolver procedimentos em terapia ocupacional dentro dessa prática paradigmática, é entretanto, apenas parte da complexa construção do campo da profissão. As duas abordagens até agora apresentadas - abordagem sintomática e a da exploração de aspectos saudáveis - nas nove décadas que se seguiram os seus nascimentos, criaram e desenvolveram constructos teóricos, metodológicos e técnicos que influenciaram não só a mim, mas a toda terapia ocupacional e a Terapia Ocupacional.

Houve um momento que me aproximei muito do “modelo médico”, quando esse mesmo, influenciado pelas teorias psicológicas, desenvolveu elaborações preciosas para a terapia ocupacional. Particularmente dos autores da terapia ocupacional baseada na psicanálise dos quais também me sinto herdeira, tais como: Wittkower, Azima, Fidler, Tosquelles, Sivadon, Dalmezon, Cequeira e outros.

Usando um pouco a terminologia norte americana, de “funcionalidade e função”, explico meu afastamento de um grande grupo de autores e suas abordagens em terapia ocupacional. Tanto Slagle como Meyer, Simon, Sheneider, e tantos outros, antes e depois da criação da profissão tinham em vista um caráter de funcionalidade como inerente à terapia ocupacional. Isto significa que a atividade deveria conter uma qualidade funcional capaz de objetivar seu próprio desenvolvimento. Reiterando, o desenvolvimento de atividades.

Talvez como consequência ou seqüência, da aplicação dos exercícios no leito com a função de exercitar a musculatura, principalmente para pacientes traumatizados no período das duas grandes guerras, a abordagem, ou melhor, as técnicas de exercitar funções corpóreas, tomou vulto na terapia ocupacional. E, infelizmente, não só na área física, também na mental.

Ela se caracterizou pelo desenvolvimento de funções. Os constructos dessas técnicas, hoje criticada, mas ainda não abandonada, são baseados no princípio de ação-reação de uma função. Assim sendo para uma função humana mental ou física detectada como pouco desenvolvida, falha ou deficiente, buscava-se uma ação reativa geralmente na forma de exercícios para contrapô-la.

De forma alguma desqualifico essa forma de abordagem, ela é necessária e eficaz em reabilitação em geral e particularmente em fisioterapia, mas considero-a restritiva para o desenvolvimento da funcionalidade e da antes adaptação social, agora inserção ou inclusão social até o limite da profissionalização. Algumas consequências dessa abordagem sempre me pareceram desastrosas e a principal delas é a que criou uma divisão corporal para a assistência tanto em terapia ocupacional como em fisioterapia - na primeira os pacientes são tratados da cintura para cima e na segunda da cintura para baixo.

Uma história contada muito brevemente mostra uma das muitas graves consequências possíveis dessa forma de pensar. Atendia num Centro de Reabilitação um paciente em treinamento de uma prótese de braço, após um acidente de trabalho. Sua habilidade em usá-la se desenvolveu muito bem, mas ele só a usava no Centro. Logo que terminava cada sessão ele a embrulhava num jornal e a portava sob o outro braço. Apesar de ter sido orientada a não “mexer no que não podia dar conta” resolvi conversar com o paciente sobre essa minha observação. Acabei sabendo que sua mulher não gostava que ele usasse a prótese. Correndo riscos, resolvi marcar uma conversa a três. A questão era que a mulher não se importava com a falta de um braço, mas não suportava o uso de um artificial e para isso estava junto com o marido providenciando para ambos uma mudança de profissões que interferisse o menos possível na vida do casal. Felizmente tive na vida profissional a possibilidade de experimentar tão significativas situações de reabilitação de alguém e não só de um braço ou músculo.

Voltando a terminologia de uma brasileira a minha questão pode ser resumida em não poder compreender a assistência a pessoas apenas por suas

partes, e isto nem do ponto de vista da medicina, quando o objetivo é a saúde e não a supressão dos sintomas ou da doença.

Com a análise desse momento histórico da terapia ocupacional acabei por mostrar que desde o início da profissão existiam pelo menos duas tecnologias, fundamentadas por diferentes referenciais teóricos e aplicadas com objetivos específicos. Uma que procurava minimizar sintomas e outra que buscava ampliar os espaços de saúde.

No período entre as duas grandes guerras e até por volta de 1950, é através da delimitação de áreas como a física e a mental, das técnicas ocupacionais, de desenvolvimento da funcionalidade e das funções corpóreas, que as terapeutas ocupacionais constroem seu campo de ação. O conceito de Reabilitação Física e Mental, alias paradigmático, e suas técnicas correspondentes se consolidam, através da necessidade de reinserir os traumatizados de guerra na sociedade, dando assim início ao trabalho multiprofissional, na área da saúde.

No hospital psiquiátrico, a partir de 1935, teve início uma nova etapa de desenvolvimento, com a introdução das terapêuticas biológicas. Primeiramente o coma insulínico e, mais tarde, na década de 40, as terapias convulsivantes, inicialmente com o cardiasol e depois com a eletricidade. Os pacientes apresentavam uma melhora sintomática mais rápida e, com isso, modificou-se o uso das ocupações, que passaram a ser utilizadas no segundo momento do processo terapêutico. O trabalho e a ocupação deixaram de ser uns instrumentos de contenção e sendo intensificado o aporte dos exercícios como instrumento de reabilitação. A partir da década de 50, com a aplicação de tranqüilizantes e neurolépticos, o entusiasmo com a melhora do doente leva o esquema de reabilitação à organização do hospital. A prática era voltada toda para o treinamento e aprendizagem de artes e ofícios readaptadores. A primeira consequência do uso das terapêuticas biológicas, depois farmacológicas, assim como da organização, agora efetiva, do trabalho, foi o abandono de característica de prisão que o hospital psiquiátrico adquiriu, para parecer-se mais com uma indústria de manufaturas. Isto ocorreu com os hospitais que mantiveram-se dentro do esquema que podemos chamar de tradicional no uso da ocupação para reabilitar doentes mentais.

As grandes transformações por que vão passar os hospitais psiquiátricos, entre as décadas de 40 e 60, já não estarão mais só ligadas ao uso do trabalho e da ocupação. Novos conceitos na etiologia da doença mental, as abordagens psicodinâmicas e sociais (principalmente na Inglaterra e França), introduzidas como base terapêutica não são de forma alguma

acompanhados sem tropeços pelo profissional terapeuta ocupacional que apenas começava a ter seu currículo escolar estabelecido. Nesse período, é decretada, até através de leis federais, em vários países, a falência dos asilos, dos hospitais-moradia-indústria, como terapêutica eficaz em psiquiatria. A destituição e mesmo a destruição da cidadania, verificada nessa forma de assistência ao doente mental, sem dúvida desencadeadora do agravamento da deterioração psicossocial, passa a ser compreendida e solucionada através de aportes sócio-ideológicos. Como minoria marginalizada, os doentes mentais são defendidos e saem em sua própria defesa, em busca de soluções legais, políticas e sociais para preservar ou recuperar seu lugar na sociedade.

O início da consolidação dos currículos da Terapia Ocupacional na década de 60, em países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, possibilitaram a exportação da profissão para países como Brasil, Austrália, França, Argentina e África do Sul.

Particularmente no Brasil, o primeiro curso técnico, criado em 1959¹ no Instituto de Reabilitação de Universidade de São Paulo, tinha o patrocínio da Organização Mundial da Saúde.

Totalmente voltado para o “modelo de reabilitação funcional” ou ainda o Paradigma da Reabilitação, teve seu currículo praticamente copiado de escolas norte-americanas. Em 1968, esse curso técnico passou a ser uma faculdade. Só na década de 70, quando aqui começou a ser possível colocar em prática, como experiência, algumas idéias mais democráticas sobre a organização do hospital psiquiátrico e mesmo da psiquiatria, é que os já assentados programas desenvolvidos nos Estados Unidos e na Europa, entre 40 e 60, puderam ser aplicados.

O processo histórico, aqui apresentado de forma bastante particular, tem como eixo central o trabalho e a ocupação, que inicialmente foram caracterizados como salutareos e depois, por vários séculos, passaram ser um recurso terapêutico médico. Muitas vezes definida como técnica outras tantas como psicoterapia, a Terapia Ocupacional desenvolve-se no século XX. Os séculos passados tiveram como construtores do cuidar pela ocupação os “charlatões”, não no sentido pejorativo do termo, mas no sentido laico. No nosso século e a partir de Slagle, temos que realizar conquistas com nosso próprio corpo. O corpo de profissionais engajados na pesquisa, ensino e assistência do objeto terapia ocupacional.

¹ Dois anos antes no Rio de Janeiro, havia sido criado um curso técnico de reabilitação, sem a especificidade da terapia ocupacional.

A minha participação direta na implantação desses novos métodos (brasileiros), faz com que sejam parte importante na sustentação da minha prática profissional. Deixo então de referir-me a eles dentro do processo histórico, para fazê-lo dentro da composição metodológica.

O OLHAR DO HISTORIADOR NA HISTORIA

OU

OLHAR DA TERAPEUTA OCUPACIONAL DEBRUÇADO SOBRE A A TERAPIA OCUPACIONAL

L'ergotherapie pode ser definida de duas maneiras: em termos hierarquicos ou em termos de identidade. Goubert 2003.

Jean-Pierre Goubert, historiador, disse-me um dia que é impossível que eu escreva um livro sobre a História da Terapia Ocupacional sem que seja na primeira pessoa. Apesar de Marc Bloch o historiador, afirmar que a história só pode ser pesquisada e repercutida assim, o temor tomou conta e prendeu minhas palavras.

Um particular esforço para que as palavras deste capítulo sejam escritas com leveza, querem contar do olhar da terapeuta ocupacional sobre a fundação e os primeiros aportes da Terapia Ocupacional.

A responsável por dar início a um caráter próprio à profissão foi Eleanor Clark Slagle. (ver Revista *CETO* n.6,n.8, n.9.). Descrita como: “Uma mulher elegante, de aproximadamente 1,60 de altura, grandes olhos azuis, suaves cabelos grisalhos, ativamente participante na sociedade e rigorosa com aqueles com quem trabalhava. Uma das fundadoras da American Occupational Therapy Association (AOTA), que por gostar muito de reuniões e banquetes, sugeriu que a fundação fosse comemorada com um evento social” (em Hopkins, 1982).

Estudante de auxiliar de enfermagem, Slagle, sob influência de sua época, dos autores médicos, do uso terapêutico por um lado, do trabalho e por outro da ocupação e lazer, aluna de Meyer, promotor do caráter social e sociabilizante do hospital psiquiátrico, desenvolveu o programa que denominou de “Treinamento de Hábitos”. Esse programa que hoje vejo como projeto paradigmático, nas suas práticas propunha subsídios para a formação de novas profissionais ao mesmo tempo em que sustentava a assistência em terapia ocupacional neste princípio, para doentes mentais. Baseada na afirmativa laica e embasada pelos filósofos da época, de que nossa vida é feita em grande parte de hábitos, Slagle estabeleceu esse programa com o objetivo

de levar o doente a alcançar os propósitos de cura de Meyer: “equilíbrio entre o trabalho, o repouso e o lazer”. (*ver Beneton, Ferrari, Tedesco, Revista CETO n.8*).

No projeto da técnica do treinamento de hábitos Slagle previu a formação da personalidade da terapeuta ocupacional, “bondade infinita, paciente, imaginativa e maternal”.

Ao usar o “materno” na terapia ocupacional ela nos deixou como herança o caráter feminino da profissão, ao mesmo tempo que intuiu a família como matriz do psiquismo e o *setting* da terapia ocupacional como espaço para o uso da “maternagem”.

Mesmo que seja repetitiva, acho que essa história tem que ser contada e analisada por inteiro.

A medicina, no início do século, como outras profissões estabelecidas e suas instituições, principalmente o hospital, passaram por grandes transformações técnicas. Entre as condutas médicas, os usos dos trabalhos e das ocupações também foram revistos.

Nos hospitais gerais, a permanência, o repouso e a recuperação no leito, tiveram como “complemento medicamentoso” a ocupação, (*Tracy, 1905*). Para Hall (1904), a ocupação era prescrita como terapia, “reguladora da vida”. Como ocupação, os hospitais gerais passaram a prover a aplicação de exercícios no leito, como prevenção dos males acarretados pela imobilidade.

Particularmente nos hospitais psiquiátricos, foi onde o trabalho e ou ocupação como técnica terapêutica teve um maior desenvolvimento. Por motivos também humanitários e econômicos, o trabalho e a ocupação eram aplicados. Entretanto, os psiquiatras enfatizavam-na como técnica médica. Com um tipo de medicação pouco eficaz no trato dos sintomas psiquiátricos, os médicos tinham na ocupação uma conduta relativamente eficiente para o enfrentamento à perseveração de condutas alteradas e inadequadas, para a manutenção do ambiente hospitalar relativamente organizado e para, em alguns casos uma real educação. Muitos foram os depoimentos de pacientes que se beneficiaram dessa terapêutica, sendo o de Beers (1967), um dos mais importantes. Em 1936, quando a insulino-terapia e o eletrochoque começaram a ser utilizados na minimização de sintomas, a ocupação era a conduta médica mais prescrita pelos psiquiatras. Na realidade só na década de 50 com o advento dos neurolépticos é que a conduta médica passou a enfatizar a medicação.

Se olharmos no interior dos projetos de trabalho e ocupação daquela época, como o de Meyer (1905), Simon (1927) e Shneider (1936), podemos

observar que as técnicas empregadas buscavam a supressão dos sintomas. O trabalho e as ocupações eram indicados como capazes de alcançar a organização do pensamento, o reatamento das relações e das realizações, a contenção da excitação e a orientação da conduta e do comportamento.

Pouco se nota em Slagle, nos seus projetos e escritos, a influencia de uma terapia ocupacional de “modelo medico”, parece ate que ela introduziu sutilmente, isto a margem do “grande poder”, em seu projeto de intervenção e os procedimentos que fazem diferença hoje. **Ela não se utiliza em seus escritos dos termos trabalho ou ocupação e sim hábito e atividade.** Os pacientes para os quais Slagle projetou a técnica treinamento de hábitos estavam muito doentes. Teve ela então, que prever tanto uma forma de abordagem como observar e captar qualquer indício de atitude e ou conduta saudável para em seguida motivar uma nova ação, mesmo que muito pequena. Por isso para ela foram 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. Para esse árduo trabalho, Slagle teve que se preocupar tanto com a forma de mobilizar como a de ensinar atividades e pelos mesmos motivos estabelecer um treinamento para as terapeutas ocupacionais, visando um relacionamento positivo com os pacientes. É justamente por isso que é considerada nos Estados Unidos a precursora das terapias ocupacionais dinâmicas e teve o seu projeto, lá utilizado, até 1959. Segundo a própria Slagle, “em sua maior parte, nossas vidas são construídas por hábitos e a ocupação usualmente curativa serve para suplantiar alguns hábitos, modificar outros e construir novos para que ao final as reações a hábitos sejam favoráveis à restauração e manutenção da saúde”. *(ver artigo Benetton, Ferrari e Tedesco, revista CETO no 8)* Ela não falava em doença ou reação à doença, mas numa reação a hábitos. Estava mais preocupada com a saúde, os hábitos saudáveis e numa relação salutar e, nisto, o seu projeto difere e muito do dos autores médicos.

A herança de Slagle para mim esta sobretudo, no estudo e procura da lógica interna de um método de terapia ocupacional, com base no conceito filosófico e leigo da saúde como “bem estar”. **Assim sendo, os procedimentos em terapia ocupacional são construídos a partir da idéia de que serão em parte a exploração de aspectos saudáveis e por outra parte a ampliação de recursos para a construção do cotidiano. Deve-se poder experimentar na terapia ocupacional uma vivência ética-estética da saúde, a arte de bem viver.**

Há ainda, a elaboração sobre o caráter feminino da terapia ocupacional. Colocando o materno como parte da “personalidade” da terapeuta ocupacional, Slagle praticamente interditou a profissão para os homens.

Durante pelo menos uns quinze anos, esse aspecto foi um ponto obscuro, o qual não sabia ou não podia abordar. Só depois de aprofundar-me nos estudos de Winnicott e sem dúvida, nos da transferência em Freud, à luz se fez. O lugar de mãe que a terapeuta ocupacional deveria ocupar na relação com o paciente, ao ser substituído pelo conceito de maternagem (*em Benetton, baseando-se em Winnicott, 1994*), não carrega em si o feminino ou o masculino, mas, uma posição a ser ocupada nessa relação. Este conceito pouco elaborado para a clínica em Winnicott, foi melhor analisado por Masud Kahn, no prefácio da obra: *Da pediatria a psicanálise*. Kahn para a clínica, aproxima a maternagem ao setting caracterizado como transmissor de segurança através da presença e manejo da relação terapêutica. Este aporte, traz para o setting de construção na terapia ocupacional a liberdade e o propósito de participação.

Pensar-me herdeira e desenvolver procedimentos em terapia ocupacional dentro dessa prática paradigmática, é entretanto, apenas parte da complexa construção do campo da profissão. As duas abordagens até agora apresentadas - abordagem sintomática e a da exploração de aspectos saudáveis - nas nove décadas que se seguiram os seus nascimentos, criaram e desenvolveram constructos teóricos, metodológicos e técnicos que influenciaram não só a mim, mas a toda terapia ocupacional e a Terapia Ocupacional.

Houve um momento que me aproximei muito do “modelo médico”, quando esse mesmo, influenciado pelas teorias psicológicas, desenvolveu elaborações preciosas para a terapia ocupacional. Particularmente dos autores da terapia ocupacional baseada na psicanálise dos quais também me sinto herdeira, tais como: Wittkower, Azima, Fidler, Tosquelles, Sivadon, Dalmezon, Cequeira e outros.

Usando um pouco a terminologia norte americana, de “funcionalidade e função”, explico meu afastamento de um grande grupo de autores e suas abordagens em terapia ocupacional. Tanto Slagle como Meyer, Simon, Sheneider, e tantos outros, antes e depois da criação da profissão tinham em vista um caráter de funcionalidade como inerente à terapia ocupacional. Isto significa que a atividade deveria conter uma qualidade funcional capaz de objetivar seu próprio desenvolvimento. Reiterando, o desenvolvimento de atividades.

Talvez como consequência ou seqüência, da aplicação dos exercícios no leito com a função de exercitar a musculatura, principalmente para pacientes traumatizados no período das duas grandes guerras, a abordagem, ou melhor, as técnicas de exercitar funções corpóreas, tomou vulto na terapia ocupacional. E, infelizmente, não só na área física, também na mental.

Ela se caracterizou pelo desenvolvimento de funções. Os constructos dessas técnicas, hoje criticada, mas ainda não abandonada, são baseados no princípio de ação-reação de uma função. Assim sendo para uma função humana mental ou física detectada como pouco desenvolvida, falha ou deficiente, buscava-se uma ação reativa geralmente na forma de exercícios para contrapô-la.

De forma alguma desqualifico essa forma de abordagem, ela é necessária e eficaz em reabilitação em geral e particularmente em fisioterapia, mas considero-a restritiva para o desenvolvimento da funcionalidade e da antes adaptação social, agora inserção ou inclusão social até o limite da profissionalização. Algumas consequências dessa abordagem sempre me pareceram desastrosas e a principal delas é a que criou uma divisão corporal para a assistência tanto em terapia ocupacional como em fisioterapia - na primeira os pacientes são tratados da cintura para cima e na segunda da cintura para baixo.

Uma história contada muito brevemente mostra uma das muitas graves consequências possíveis dessa forma de pensar. Atendia num Centro de Reabilitação um paciente em treinamento de uma prótese de braço, após um acidente de trabalho. Sua habilidade em usá-la se desenvolveu muito bem, mas ele só a usava no Centro. Logo que terminava cada sessão ele a embrulhava num jornal e a portava sob o outro braço. Apesar de ter sido orientada a não “mexer no que não podia dar conta” resolvi conversar com o paciente sobre essa minha observação. Acabei sabendo que sua mulher não gostava que ele usasse a prótese. Correndo riscos, resolvi marcar uma conversa a três. A questão era que a mulher não se importava com a falta de um braço, mas não suportava o uso de um artificial e para isso estava junto com o marido providenciando para ambos uma mudança de profissões que interferisse o menos possível na vida do casal. Felizmente tive na vida profissional a possibilidade de experimentar tão significativas situações de reabilitação de alguém e não só de um braço ou músculo.

Voltando a terminologia de uma brasileira a minha questão pode ser resumida em não poder compreender a assistência a pessoas apenas por suas

partes, e isto nem do ponto de vista da medicina, quando o objetivo é a saúde e não a supressão dos sintomas ou da doença.

Com a análise desse momento histórico da terapia ocupacional acabei por mostrar que desde o início da profissão existiam pelo menos duas tecnologias, fundamentadas por diferentes referenciais teóricos e aplicadas com objetivos específicos. Uma que procurava minimizar sintomas e outra que buscava ampliar os espaços de saúde.

No período entre as duas grandes guerras e até por volta de 1950, é através da delimitação de áreas como a física e a mental, das técnicas ocupacionais, de desenvolvimento da funcionalidade e das funções corpóreas, que as terapeutas ocupacionais constroem seu campo de ação. O conceito de Reabilitação Física e Mental, alias paradigmático, e suas técnicas correspondentes se consolidam, através da necessidade de reinserir os traumatizados de guerra na sociedade, dando assim início ao trabalho multiprofissional, na área da saúde.

No hospital psiquiátrico, a partir de 1935, teve início uma nova etapa de desenvolvimento, com a introdução das terapêuticas biológicas. Primeiramente o coma insulínico e, mais tarde, na década de 40, as terapias convulsivantes, inicialmente com o cardiasol e depois com a eletricidade. Os pacientes apresentavam uma melhora sintomática mais rápida e, com isso, modificou-se o uso das ocupações, que passaram a ser utilizadas no segundo momento do processo terapêutico. O trabalho e a ocupação deixaram de ser uns instrumentos de contenção e sendo intensificado o aporte dos exercícios como instrumento de reabilitação. A partir da década de 50, com a aplicação de tranqüilizantes e neurolépticos, o entusiasmo com a melhora do doente leva o esquema de reabilitação à organização do hospital. A prática era voltada toda para o treinamento e aprendizagem de artes e ofícios readaptadores. A primeira consequência do uso das terapêuticas biológicas, depois farmacológicas, assim como da organização, agora efetiva, do trabalho, foi o abandono de característica de prisão que o hospital psiquiátrico adquiriu, para parecer-se mais com uma indústria de manufaturas. Isto ocorreu com os hospitais que mantiveram-se dentro do esquema que podemos chamar de tradicional no uso da ocupação para reabilitar doentes mentais.

As grandes transformações por que vão passar os hospitais psiquiátricos, entre as décadas de 40 e 60, já não estarão mais só ligadas ao uso do trabalho e da ocupação. Novos conceitos na etiologia da doença mental, as abordagens psicodinâmicas e sociais (principalmente na Inglaterra e França), introduzidas como base terapêutica não são de forma alguma

acompanhados sem tropeços pelo profissional terapeuta ocupacional que apenas começava a ter seu currículo escolar estabelecido. Nesse período, é decretada, até através de leis federais, em vários países, a falência dos asilos, dos hospitais-moradia-indústria, como terapêutica eficaz em psiquiatria. A destituição e mesmo a destruição da cidadania, verificada nessa forma de assistência ao doente mental, sem dúvida desencadeadora do agravamento da deterioração psicossocial, passa a ser compreendida e solucionada através de aportes sócio-ideológicos. Como minoria marginalizada, os doentes mentais são defendidos e saem em sua própria defesa, em busca de soluções legais, políticas e sociais para preservar ou recuperar seu lugar na sociedade.

O início da consolidação dos currículos da Terapia Ocupacional na década de 60, em países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, possibilitaram a exportação da profissão para países como Brasil, Austrália, França, Argentina e África do Sul.

Particularmente no Brasil, o primeiro curso técnico, criado em 1959¹ no Instituto de Reabilitação de Universidade de São Paulo, tinha o patrocínio da Organização Mundial da Saúde.

Totalmente voltado para o “modelo de reabilitação funcional” ou ainda o Paradigma da Reabilitação, teve seu currículo praticamente copiado de escolas norte-americanas. Em 1968, esse curso técnico passou a ser uma faculdade. Só na década de 70, quando aqui começou a ser possível colocar em prática, como experiência, algumas idéias mais democráticas sobre a organização do hospital psiquiátrico e mesmo da psiquiatria, é que os já assentados programas desenvolvidos nos Estados Unidos e na Europa, entre 40 e 60, puderam ser aplicados.

O processo histórico, aqui apresentado de forma bastante particular, tem como eixo central o trabalho e a ocupação, que inicialmente foram caracterizados como salutareos e depois, por vários séculos, passaram ser um recurso terapêutico médico. Muitas vezes definida como técnica outras tantas como psicoterapia, a Terapia Ocupacional desenvolve-se no século XX. Os séculos passados tiveram como construtores do cuidar pela ocupação os “charlatões”, não no sentido pejorativo do termo, mas no sentido laico. No nosso século e a partir de Slagle, temos que realizar conquistas com nosso próprio corpo. O corpo de profissionais engajados na pesquisa, ensino e assistência do objeto terapia ocupacional.

¹ Dois anos antes no Rio de Janeiro, havia sido criado um curso técnico de reabilitação, sem a especificidade da terapia ocupacional.

A minha participação direta na implantação desses novos métodos (brasileiros), faz com que sejam parte importante na sustentação da minha prática profissional. Deixo então de referir-me a eles dentro do processo histórico, para fazê-lo dentro da composição metodológica.

ILUSTRANDO

... o raciocínio clínico dos terapeutas ocupacionais é construído a partir de contar histórias e de criar histórias com seus pacientes. Mattingly(1991).

Encaminhamento

S.G. foi-me encaminhado pelo médico psiquiatra, logo após ter saído de uma internação que durou cerca de vinte dias. Durante o internamento seu médico procurou-me, relatando que S.G. havia sido internado por ter ficado “trancado” (sic) em seu quarto praticamente dois anos. Não falava com ninguém. Segundo a família, numa noite ficou “esquisito” (sic), não querendo sair do quarto nem para jantar. A internação não havia sido feita pelo referido médico. Sabia, porém, pelo relato do pessoal de plantão, que havia sido levado de ambulância.

Durante o período de internação fora submetido a uma série de eletrochoques. Houve uma melhora no sentido de S.G. começar a falar com um dos enfermeiros, assim como com um outro paciente. Nas sessões de terapia individual realizadas pelo psiquiatra em seu quarto, S.G. só falava do seu desejo de deixar o hospital.

A dificuldade do paciente de manter um diálogo foi motivo de seu encaminhamento para mim. Havia expectativa, por parte do médico, de que ele fosse mobilizado através de atividades expressivas, uma vez que havia prestado vestibular para Comunicações em 1978 e para Artes Plásticas no ano seguinte.

A família achava que S.G. havia freqüentado por pouco tempo a Faculdade de Comunicações. Eu sabia que ele havia freqüentado o Curso de Artes Plásticas apenas por um mês, sendo internado em abril de 1980.

S.G. estava com vinte anos. Era o segundo filho do casal, sendo o primeiro filho do sexo masculino e o terceiro do sexo feminino. Morava com os pais e estes, segundo o médico, não sabiam explicar o que acontecia com o filho. Pensavam que S.G. não se dava bem na faculdade ou não sabia que carreira seguir. A hipótese diagnóstica era a de que S.G. tinha esquizofrenia paranóide.

1980 – Os primeiros contatos

Fiz a primeira entrevista com S.G. no dia cinco de maio de mil novecentos e oitenta. Neste primeiro contato e no posterior ele nada falou. Manteve-se sentado à minha frente, a mesa entre nós. Tinha os olhos baixos, as costas recostadas no espaldar da cadeira, os braços apoiados nas pernas e transpirava muito. Quando lhe perguntava algo, respondia levantando um dos ombros e entortando a cabeça, numa atitude de “não sei”.

Eu estava muito preocupada, neste momento, com uma viagem que iria fazer no início do mês seguinte. Após explicar o que é a terapia ocupacional e mostrar as atividades e materiais, falo dessa viagem. A resposta foi dada com a mesma atitude e o levantar de ombros. Nesse momento disse, que apesar de nosso trabalho estar muito ligado à realização de atividades, eu teria que obter resposta, pelo menos, um sim ou um não. Afinal, precisava saber se ele queria tratar-se comigo. Marquei hora para S.G. voltar na mesma semana.

A situação praticamente se repetiu no segundo encontro. Ao final da sessão propus que viesse duas vezes por semana, que faríamos uma interrupção em junho e retornaríamos em julho. S.G. aceitou com um sinal de cabeça.

Logo no início do nosso terceiro encontro proponho a S.G. que desenhe. Coloco à sua frente folhas de papel sulfite e lápis. Eu também pego algumas folhas e digo que vou tomar nota do que me disser. S.G. olha-me e parece estar à espera. Não digo, nem faço nada. Ele começa então a falar, o que transcrevo literalmente:

T: corresponde à fala do terapeuta

S: corresponde à fala do paciente

12 DE MAIO DE 1980

S: - Eu jogava bastante tênis. Esporte que a família toda pratica. Desde os dez anos comecei a jogar. Joguei até os 17 ou 18. Disputava campeonato e também estudava no Liceu Pasteur, 9 anos. Depois mudei para o Objetivo, foi aí que comecei a mudar mesmo, um comportamento mais calmo. Deixei o cabelo crescer, coisa tipo moda, começou a pegar mais.

No Liceu Pasteur, no último ano, fiz uma peça em francês, que era um colégio franco-brasileiro. Daí fui ao Objetivo por três anos, até que fiz vestibular na FAAP. A FAAP, acho que foi um ano. Desse tempo já não me lembro mais, apesar de ter sido há pouco tempo. Fiz três semestres na FAAP, um ano e meio. Desisti da Comunicação e entrei em Artes Plásticas, aí já estava bem assim, bem pirado. Nas Artes Plásticas foi a época mais doida, as aulas não eram muito normais. Tinha um professor lá que estava doido! Foi a época mais desentendida. Até que não deu mais pra continuar, desisti, parei de

novo. Daí pra frente não me lembro direito como parei totalmente e nem quando.

S.G. fica em silêncio. Nesse momento, na tentativa de reconstrução de uma história, pergunto se pode lembrar-se de algo de quando era pequeno:

S: - De quando eu era pequeno, só tem que eu comia muito ovo mesmo. Comia dois por dia, todo dia, até hoje. Parece que eu era magro, fraco, aliás, eu nasci gordo, depois que cresci, emagreci. Uma coisa que lembro é depois dos dez anos. Em Itanhaém, onde meu pai comprou um apartamento e eu brincava com a bicicleta. Lembro dos tombos de bicicleta, gostava de correr. O mais feio, uma vez quebrou o garfo da bicicleta e eu caí pela frente.

Quando eu parei de jogar tênis, parei antes dos 17. Parei e comecei a montar a cavalo. Ganhei uma égua de meu pai, com o nome de Jacá. Coitada, deve ter sofrido, porque ela não era muito alta. Tinha um casco “escaquinado”, era bom, mas um pouco torto. Usava ela para salto. Fazia equitação. Depois que eu parei de montar, ele vendeu. Não sei porque parei de montar, não sei se era por problemas de despesa. Não sei. Sei que parei, também a época não me lembro. Montava no Clube Santa Paula. Depois passei a montar na chácara de um amigo a trinta quilômetros. *Chácara* bacana para ter campo de equitação. Tinha uma piscininha também. Nunca mais voltei lá.

Uma coisa que me lembro de pequeno era quando meu avô ia em casa. Eu corria para pegar um cofre que tinha, para ele pôr moeda dentro.

Em Itanhaém, gostava de pescar siri e não comia. Nunca gostei de nada do mar, até hoje. Peixe etc., não como.

Meu tio tem uma casa no Guarujá. Agora outra. Lembro que a gente passava as férias lá, eu era bem pequeno. Lembro de um fato que eu estava no jardim a casa segurando uma vara de pescar, de óculos escuros. Era bem pequenininho, era até gordo. Acho que começou aí a mania de pescar siri. As pessoas de casa não comiam muito siri. O único que gostava mesmo era um primo. Ele comia mesmo. Geralmente eles cozinhavam o siri e comiam. Geralmente cozinhavam tudo.

Lembro uma batida de automóvel. A gente tinha ido para o Rio, no casamento de uma prima. Na volta, o carro Opala virou na estrada e bateu numa muretinha no meio da estrada. Daí descemos do carro, fomos pegar carona até acharmos um guarda num outro carro. A gente achou o guarda, paramos no acostamento, era uma curva, veio outro carro e bateu atrás de novo. Nessa mesma curva aconteceu um desastre com um caminhão, um pouco mais para cima. Depois pegamos um ônibus para cá e não aconteceu mais nada. Isso foi quando eu tinha uns quinze anos, mais ou menos.

A pronta resposta de S.G. à minha solicitação para falar deu-me a idéia de tentar pelo menos um diagnóstico dinâmico desse seu momento. A forma de falar me sugeria a simples reprodução de imagens memorizadas. Decidi-me por manter o mesmo esquema nas próximas sessões, acrescentando pedidos de desenhos como faço a seguir. Os desenhos solicitados fazem parte do teste da figura humana e do desenho. Foram usados apenas no sentido da organização e na tentativa de solicitar associações.

14 DE MAIO DE 1980

Coloco lápis na mesa diante de S.G. e peço que ele faça uma figura humana. Ele começa a desenhar e eu continuo a anotar (Figura 1).

S: - Tem um curso de caricatura que fiz quando tinha dez ou doze anos. Daí que nasceu todos os desenhos. Acho que é a partir daí que puseram na minha cabeça que tinha que ser publicitário.

T: - Quem pôs?

S: - A família, pai e mãe. É que gostava de desenhar. Acho que não gosto. Tem também umas viagens que fiz. Uma vez, para Parati sozinho. Fiquei na casa de um amigo. Fiquei uns dias e voltei.

Pára de falar e se concentra no trabalho. Termina o primeiro desenho e, a meu pedido, inicia o segundo, uma outra figura humana (Figura 2).

Como a primeira figura é do sexo masculino e adulto, tento fazer perguntas sobre o pai.

S: - Uma coisa que lembro é que ele brincava conosco, passava a mão na testa e adivinhava o que tínhamos comido. Acho que adivinhava. Ele sempre foi meio vermelho de rosto. Acho que agora, de pequeno, nem me lembro. Acho que sou parecido com ele. Dizem que sou parecido com minha mãe. Não era bravo. Não me lembro de ter tomado surra dele. Talvez não tenha tomado. Acho que brigas existiam, mas coisas rápidas.

T: - E sua mãe?

S: - De pequeno, lembro que era bonita. Acho que essa época foi gostosa.

Fica em silêncio.

Peço a S.G. uma figura humana de sexo diferente daquelas que havia feito (Figura 3).

Em silêncio, faz esse terceiro desenho.

19 DE MAIO DE 1980

Eu o cumprimento, estendendo a minha mão. Ele a toca visivelmente constrangido. Percebo que sua mão está molhada e considero que o constrangimento vem da transpiração da mão.

Enquanto desenha a árvore pedida, tomo nota (Figura 4 – p. ____)

S: - Não escolhi ser publicitário. Eu nunca soube o que queria ser. Até hoje não sei do eu gosto.

T: - O que é gostoso?

S: - Gostoso é bom. Difícil explicar o que é bom. Bom é bom. Não me lembro de coisas gostosas e boas.

T: - E de coisas ruins?

S: - Ter que fazer coisas que eu não gosto. Daí se sente vontade ou não de fazer o que se sente. Eu não tenho vontade. Já tive. As vontades de querer ter. Não sei.

T: - Você queria fazer desenhos?

S: - Fazer desenho é coisa pequena. A vontade de fazer desenho foi fraca.

Vai fazendo desenhos e pintando. Enquanto faz a Figura 5 (p. ____) pergunto sobre os desenhos. As perguntas são globais e direcionadas à forma. Por exemplo: “O que acha desses desenhos que já fez?” e “Como estava a vontade de fazer cada um deles?”

S: - A casa, a vontade foi fraca. Ela não está toda pintada e é uma casa bem simples. A árvore também não está grande coisa.

Faz a Figura 6.

S:- O homem não está mal. (S.G. volta a olhar os desenhos). Não sei por que faço as coisas. Nunca sei. Fiz cursinho no Objetivo, a aula era à noite. Não fiz muitos simulados, porque era de sábado de manhã e eu não ia. As aulas eram em salas grandes, cheias de gente, não tinha ninguém em particular com quem eu me dava. Acho que não estava tão ligado no cursinho, porque queria fazer Comunicação e a concorrência não era tão grande. Entrei de cara na FAAP, na segunda lista. Quase que a gente nem vê a segunda lista sair. Meu pai viu por acaso. Daí, eu fui até a FAAP e vi. O primeiro ano na FAAP não foi complicado. Fiz amizade com o pessoal. Só depois, no terceiro semestre, que começou a dor de cabeça, acho que foi estatística.

21 DE MAIO DE 1980

Peço a S.G. que desenhe uma família (Figura 7 – p. ____). Pego o papel para escrever, mas ele não diz nada. Quando termina o desenho, pede-me para

ler o que escrevi até então. Depois de ler, quer falar de alguma coisa de que se lembrava. Eu sugiro que ele mesmo escreva. Assim o faz.

S.G.: - Escrevendo: “Daquela vez fui a Parati sozinho, lembro-me do carnaval. Havia uma escola de samba que desfilou pela cidade. Os componentes da escola eram os próprios moradores de lá. Havia inclusive uns amigos meus. Era a única Escola a desfilar mas o fez com competência. Foi um bom carnaval de rua”.

Digo que ele está me falando de uma coisa boa, gostosa. A resposta é lacônica: “É”.

Apesar de falar, começo a observar que S.G., quando solicitado a estender-se em alguns aspectos pessoais, que ele mesmo levanta, torna-se lacônico ou silencioso. Há também períodos de silêncio.

Ao sentar-se, sua postura é rígida. Gestos praticamente inexistentes. Parece não existir nem expressão corporal nem facial. Contar um fato triste ou alegre não altera sua expressão. Além do rubor ou sudorese, não se percebe através do corpo nenhuma mudança emocional. Dá-me, nesse momento, a impressão de uma espera paralisante. Por outro lado, cada gesto, ação ou palavra minha é seguida com muita atenção.

22 DE MAIO DE 1980

Nessa sessão, logo que se senta, S.G. começa a falar, fazendo um preâmbulo de suspense:

S: - Quer saber de uma coisa importante que aconteceu? Aos dezenove ou vinte anos atrolei um cara. Tive que levar ao hospital. Foi perto de casa, voltando da faculdade. Numa rua escura, pegou o paralama e caiu. Levei para o hospital. Tive que fazer ocorrência com a polícia e até hoje não deu em nada. Saiu no mesmo dia do hospital, com a perna machucada e um corte no pescoço.

Pergunto a S.G. por que esse fato é importante.

S: - Porque é um troco forte, que marcou.

T: - Você sente isso até agora?

S: - É.

T: - Como está se sentindo agora?

S: - Medo de atropelar os outros.

As respostas às questões levantadas foram ficando cada vez mais lacônicas.

Volto a falar da minha viagem e marco seu retorno para julho.

Uma observação importante vale ser assinalada. Quando S.G. foi-me encaminhado, fiquei com a idéia de que ele não falava; ou melhor, foi-me dito

que ele não falava. A idéia que eu fazia disso era de que existia um não falar, como se fosse mudo. Como pude ver, não era bem assim e as questões que passei a levantar, para mim mesma, foram a respeito da forma e do conteúdo do falar. O que me chamava a atenção era que, ao serem feitas perguntas associativas, as respostas não existiam ou eram lacônicas. Os fatos relatados eram compactos, estritos e restritos, de tal maneira a parecer uma simples reprodução de imagens sem elaboração.

A ligação terapêutica

S.G. retorna para a primeira sessão de julho. Logo no início comunicame que vai viajar. Vai para Parati acampar. A minha preocupação com a minha viagem parece agora ter fundamentos. Tenho a impressão de que S.G. está dando-me o troco pelo “abandono”. Tento, de várias maneiras, descobrir o quanto essa atitude tem a ver comigo, não obtendo resposta. Por exemplo, quando suponho que suas “férias” talvez tivessem algo a ver com as minhas, responde: “Talvez”.

Vejo-me, nesse momento, jogando várias iscas para tentar entender o que se passou na minha ausência, o porquê da viagem, por que Parati. Por vários caminhos, procuro saber se os pais estão de acordo e se o médico sabe da viagem. A falta de respostas deixa-me apreensiva. Termina a sessão com a proposta de que ele me telefonaria quando retornasse. Sinto-me, com a saída de S.G., como a depositária de um segredo, de uma viagem que vai ser feita às escondidas. Fico algum tempo sem saber o que fazer. Depois, a possibilidade de S.G. usar esta viagem para se drogar começou a tomar vulto, de tal forma que decidi ligar para o médico. Este me diz que está sabendo da viagem, que acha que tem a ver comigo e que S.G. estava com muita resistência para continuar tomando a medicação. Relato um pouco da sessão, como estava difícil poder saber o que realmente se passava e que eu estava priorizando, sem saber por que, a questão da droga. Chegamos então a um consenso: temos de falar com a família e fica decidido que eu o faria.

A família atende prontamente o meu chamado, vindo o pai e a mãe ao consultório dois dias depois. São pessoas que falam pouco, talvez até um tanto inibidas. No que diz respeito ao que acontece com S.G. parecem não entender o que está se passando. Mostram estranheza pelo isolamento exagerado dele. Acham que ele sempre foi tímido, mas que permanecer tanto tempo dentro do quarto ou de casa demonstrava algum problema, que para eles residia no fato de S.G. ainda não ter se decidido por uma carreira profissional. Recontam um pouco da história de S.G. como desportista e bom estudante. Falam de uma família que é bastante unida, principalmente no que diz respeito ao lazer.

Quando pergunto se acham que S.G. usava drogas, respondem-me que desconfiavam disso. A mãe diz que o levava a Parati e que o deixara acampado no quintal de uma conhecida sua, pedindo inclusive que essa senhora cuidasse dele.

Observo que existe na atitude deles a expectativa de alguma orientação minha quanto a consultas e respostas a serem ditas e dadas a S.G., no geral. Digo-lhes que ainda é muito difícil, pelo pouco tempo, dar respostas amplas a esse apelo no que diz respeito ao isolamento, talvez fosse um pouco prematuro deixá-lo muito tempo só.

Queriam saber o que deviam fazer objetivamente. Sugiro, então, que alguém vá ver S.G. no próximo sábado. Aceitam a sugestão e S.G. acaba retornando com eles. Não fico sabendo o que se passou e nem o porquê do retorno.

S.G. me telefona e marca novos horários.

Na primeira sessão quase não fala e as perguntas sobre Parati ficam sem resposta. Pergunto se quer fazer algum trabalho e ele responde que quer pintar. Começa a desenhar, o que faz muito cuidadosamente, levando bastante tempo em cada fase da atividade. Este é o momento em que sinto que a terapia vai começar.

O primeiro desenho me surpreende muito, por ele mesmo e pela diferença dos desenhos anteriores (Figura 8). Tento questioná-lo sobre a pintura, porém as respostas verbais resumem-se a: “Não sei”. Leva pelo menos umas dez sessões executando-a. Inicia com um esboço muito suave e vai corrigindo com o uso da borracha e lápis de cor. Enquanto desenha, o que faz muito calado, eu, além de fazer também uma atividade estruturada – do tipo crochê, tricô ou tapeçaria, que realizo automaticamente – teço comentários sobre museus, passeios, possibilidades de atividades sociais, tentando mobilizá-lo para sair, passear. S.G. havia-me dito que só saía de casa para ir ao meu consultório e ao médico. Busco lembranças agradáveis do passado e não encontro. Refere-se superficialmente à irmã, de quem parece gostar.

Ao terminar esse desenho, logo em seguida inicia outro, usando agora lápis de cera para pintar. Percebo que pára de desenhar algumas vezes, para ouvir-me. Parece prestar muita atenção ao que digo. Quando faço essa observação, responde-me com um sorriso simpático.

Numa das sessões desse período pergunto sobre o seu tratamento médico e ele diz que não quer mais ir lá. Minha resposta foi no sentido de que, apesar de entender que ele tem dificuldade em falar com o médico, esta seria a única forma de poder mostrar como estava se sentindo em relação ao próprio médico e à medicação.

Após algumas sessões diz que falou com o médico e este queria conversar comigo. Telefonei ao médico e conto-lhe o que até aqui descrevi, e este decide-se por manter o atendimento uma vez por semana. Ofereci então a possibilidade de nos encontrarmos três vezes por semana e ele aceita.

Quando o segundo trabalho dessa fase está terminando (Figura 9) pergunto se gostaria de dizer alguma coisa sobre ele.

S: - Eu queria fazer um cavalo, saiu um peixe.

T: - Também parece um pouco um porco, por causa do focinho.

S: - Sim, pode ser.

T: - Parece que é um peito de homem com cabeça de animal.

S: - Sim, é.

T: - Onde está? Que lugar é esse?

S: - Não sei.

T: - Tem água aqui?

S: - Sim. Eu gosto muito de água. Todos meus desenhos têm água.

T: - E essas circunstâncias?

S: - Não sei. Gosto desse efeito.

T: - Acho essa pintura impressionante, no sentido de impressionar, mexer com os sentimentos.

S: - É.

T: - O olho é bastante grande, chama a atenção.

S: - É.

O diálogo fenece.

Como eu havia dito antes, esses dois trabalhos me surpreendem. Começo a pensar como alguém que descreve quase sem emoções sua biografia, como nas primeiras entrevistas, apresenta desenhos tão fortes, tão carregados de aspectos emocionais. Parece haver um corte, uma cisão entre a pessoa que fala e a que desenha. Como guardo essa impressão para mim, proponho a S.G. que comecemos a guardar em uma pasta seus trabalhos para que possamos revê-los. Pego uma pasta e mostro-lhe onde vou guardar as anotações e os seus trabalhos daqui para frente.

S.G. inicia outro trabalho. Faz o esboço suavemente e o pinta com lápis de cera também levemente (Figura 10).

Em algum momento diz que sempre tenta fazer as pinturas suavemente. Observo que nessa tentativa fica muito mais tenso e atento ao trabalho. Parece que está segurando a mão para não traçar forte e a sudorese aumenta. Tenho a forte impressão de que está fazendo muito esforço, como se estivesse tentando conter um tumulto interno, assim como quando fazemos gestos leves e suaves para burlar a tensão.

Paralelamente, continuamos conversando sobre atividades, cursos, trabalhos, esportes e lazer a serem feitos fora de casa. Sua participação é a de levantar questões; por exemplo, do local, hora, tempo ou como é uma ou outra dessas atividades.

Quando termina esse trabalho suave, o Natal estava próximo e S.G. está muito envolvido com isso. Assim penso, pois ele toma a iniciativa de falar de sua dificuldade em festejar o Natal com a família. Percebo, ao longo do seu relato de dificuldades, que festejar é que é difícil. “Festejar” tem o sentido de participar ativa e alegremente. Mostro-lhe, então, que participar pode ser bom, mas fica muito melhor quando a gente sabe como gosta, quer ou pode, e que eu achava que naquele momento ele poderia participar discretamente.

Se observarmos a pintura que ele havia acabado de fazer, podemos ver como existe uma ausência de movimento, de vida, e acho que é isso que ele está me dizendo quanto ao Natal. Quando levanto questões sobre esse trabalho, chegamos apenas à conclusão de que existe “alguém que espia”.

Tento juntar a ausência de sentimento em relação ao Natal àquela que havia sido manifestada no desenho, mas ele parece não entender. Então acho que posso me precipitar ao tentar ajudá-lo a associar idéias e não vou adiante.

1981

Revedo o que até aqui relatei parece haver uma lógica, um caminho a seguir. Tenho impressão que é necessário explicitar meus sentimentos até este momento. Muitas vezes sinto-me perdida, com enormes lacunas em minha compreensão. Embora S.G. fale, não conta, não diz. A fala é cheia de vazios, pouco interligada. E se eu tenho alguma associação, as respostas são do tipo: “pode ser” ou “não sei”. O discurso não é desagregado, mas há um enorme silêncio em torno deles. Pela palavra ou pela ação, todos os caminhos parecem escuros.

Na volta, após o Natal, eu pergunto como havia passado as festas e a resposta é: “Bem”. Em seguida, pela primeira vez, passo a perceber uma resposta à terapia. S.G. procurou um curso para fazer e escolheu o de Instrumentador Cirúrgico. Sem dúvida, é uma forma concreta de responder às sugestões de sair de casa que eu havia feito. Penso que o tipo de curso escolhido tem a ver comigo.

De fato, enquanto espera o início do curso em março, S.G. mostra interesse pelo meu trabalho. Pergunta se só trabalho no consultório. Como é meu trabalho no Hospital-Dia “A Casa”. Como são os doentes de lá. Aproveito então para falar um pouco do adoecer psíquico. As palavras são simples, procuro usar termos já usados por ele, “pirar” por exemplo.

Para o termo “pirar” usei uma definição mais ou menos assim: pelo fato de uma pessoa ser mais sensível, ela vai acumulando, quase sem perceber, frustrações, medos, raivas, sentimentos diversos e pira, no lugar de uma explosão ainda maior que pode chegar à morte. É evidente seu alívio ao ouvir isso. Só que não sei o porquê do alívio.

Quando o curso tem início, ele passa a contar-me o que sente, a cada experiência nova na sala de aula, na relação com os colegas e principalmente na sala cirúrgica. O falar de si está, pela primeira vez, relacionado a fatos e sentimentos.

Para mim, porém, as questões continuam sem respostas – o curso é uma identificação com a terapeuta? Isso é favorável ou não? De onde surgiu a idéia desse curso? Simples obediência? Respondo a todas as perguntas do meu trabalho? Enfim, o que está realmente acontecendo?

No dia 19 de maio S.G. entra em minha sala bastante constrangido, rubro e transpirando. Observo e pergunto o que está acontecendo, ele responde:

S: - Eu tenho poluição.

Fico olhando para ele, esperando que continue. Ele toma minha atitude como se eu não tivesse entendido.

S: - Você não sabe o que é isso?

T: - Sei.

Ele fica em silêncio, me encarando, como paralisado.

T: - De onde você tirou esse termo – poluição?

S: - O médico me disse.

T: - E daí?

S: - Por isso não posso sair de casa. Ir ao cinema.

T: - Como assim?

S: - Porque cada mulher que aparece no cinema, eu tenho poluição.

T: - E como começou isso?

S: - Em 1978 tentei parar de me masturbar, daí a poluição vinha sempre. Até essa data, eu tinha ejaculação noturna. Quando pirei, tentei parar de me masturbar, daí começou a ejaculação toda noite. Num dia, tomando banho, quando puxei a pele do...

T: - Do que?

S: - Do ...

T: - Do pênis?

S: - É quando puxei a pele, o olho deu uma aliviada. Nessa noite aconteceu de não ter poluição. Depois de masturbar, associava tudo o que falavam ou discutiam com a masturbação. A masturbação dava uma falta de

energia, acabava tudo como morte. O que atrapalha é o nó na cabeça. Principalmente se o clima ...

S.G. pára de falar aí. Eu pergunto sobre o clima e ele responde o clima, calor ou frio, mas não deixa claro o que quer dizer. Também pergunto o que ele pensa da masturbação hoje e a resposta é: “Não sei”.

Procuro então falar, aliás, explicar sobre o desenvolvimento sexual das pessoas e o que significa a masturbação nesse contexto. Isto parece que o tranqüiliza muito, principalmente quando digo que faz parte do desenvolvimento sexual de homens e mulheres.

Quero saber sobre as informações obtidas por ele dentro da família e a resposta é que tais assuntos não existem. Uso e explico a palavra tabu para me referir à situação, o que ele acha que se encaixa bem. Ele nunca vira seus pais se beijando na boca ou qualquer atitude que estivesse ligada a uma situação mais íntima. Nesse momento brinca, dizendo qualquer coisa do tipo – não saber como se beija – e eu continuo, dizendo que talvez fosse por causa do tabu e que, ao falar dele, talvez pudéssemos começar a derrubá-lo.

Nas sessões seguintes explica-me com detalhes o que é ficar “trancado no quarto”. Ele ficava tomando banhos alternados, quentes e frios, para poder “desenergizar” e “energizar” por causa da masturbação. Penso aí num ritual de purificação e procuro mostrar o quanto ele se sente errado. A resposta é de que não consegue saber o que é certo ou errado.

Retomando a questão do bom e ruim, gostoso, certo e errado, vou esquematicamente explicando o desenvolvimento psíquico do homem.

Como se pode perceber, partes da história vão sendo contadas, porém o quebra-cabeça ainda não está montado. Tenho ainda um peixe, um porco, olhos e outras partes do todo sem encaixe.

Observo que S.G. me solicita autorização para o uso das palavras. Parece que eu tenho que usá-las antes, para que depois faça parte do nosso vocabulário, como o exemplo da palavra pênis. Daí, tomo a iniciativa de continuar falando sobre o psíquico, principalmente do sentir, do perceber e do saber de si, usando também seu treinamento no Curso de Instrumentação Cirúrgica para conversar sobre o corpo.

Insisto para que ele continue realizando atividades, mas durante todo esse ano fez apenas algumas atividades em argila, que nem ele nem eu sabemos onde estão hoje.

Por outro lado, as atividades externas estão sendo incrementadas. Em julho S.G. vai em busca de trabalho como instrumentador em vários hospitais. Começa a fazer um trabalho como *free lancer* e está muito entusiasmado. Descreve as situações de trabalho e comenta dificuldades com colegas de trabalho. Essas dificuldades não ficam claras. Parece-me que há um

desconhecimento de como as pessoas se relacionam. Às vezes se mostra muito admirado de alguém lhe dirigir a palavra ou de ter gestos de coleguismo. Parece sentir-se estranho e estranhar as pessoas. Acaba por encontrar uma colega com quem diz dar-se bem e às vezes refere-se a ela como: “mulher é gozada”.

A questão de certo e errado também aparece no trabalho. Para saber se fez certo ou está bem feito, precisa sempre da apreciação do outro, o que o deixa muito agradecido, às vezes até emocionado.

O trabalho também aparece muito, comparado ao meu. A questão da ajuda e do cuidado está sempre associada a mim. Busca talvez em mim um modelo. Apesar de não negar respostas, procuro ajudá-lo a encontrá-las em si mesmo. Para tal, uso as idéias de: mais gostoso, satisfatório, menos difícil etc.

No segundo semestre a família vem sendo referida com freqüência. Acabo sabendo que o casamento do irmão vai acarretar mudanças. Para comprar um blazer para o casamento, S.G. sai e fala com o pai depois de um longo tempo. Ele conta-me com detalhes como foi essa compra na companhia do pai. Apesar de ter gostado especialmente de um paletó, acaba comprando outro escolhido com a ajuda do pai. Pergunto por que o pai foi junto, respondeu-me que ele sabia onde comprar e quanto gastar. Aproveito para saber como fazia quando tinha de me pagar ou fazer outras compras. Diz que falava com a mãe e ela falava com o pai.

Estimulo-o para que fale como vive em casa com a família. Pergunto, por exemplo, como é um almoço ou jantar em família; ele diz que entra “mudo e sai calado” e que gosta de comer ovo, abacate e pepino. Não gosta de muitas comidas que a mãe faz, como tortas, peixes e outras coisas cujos nomes e gostos não conhece. Diz que na época que ficou pior quase não comia nada. Começa então entre nós um longo papo sobre comidas, que se prolonga por todo o tratamento. Dei-lhe algumas receitas simples, que podiam ser utilizadas quando estivesse só em casa.

Em outubro, depois do casamento do irmão, S.G. diz que a única coisa boa do casamento foi ter ficado com o quarto só para si. Levo um susto quando me diz isso. Tudo o que me havia dito até então, inclusive a respeito de se trancar no quarto, não permitia a idéia de um quarto partilhado. A partir daí fico mais atenta para levantar questões sobre sua vida em família, aproveitando deixas de sua fala.

Sobre o irmão, ele diz que apesar de ter vivido tão próximo, não sabe quem ele é. O irmão é um estranho e diferente. Nessa época também se refere à mãe usando a palavra “admiração” e à irmã utilizando o verbo “gostar”.

Outro fato importante desse período é o de S.G. ter deixado de tomar medicação. Sugiro que retorne ao médico e que lhe conte isso e é nesse

momento que o médico o libera do tratamento medicamentoso, o que S.G. toma como não precisando do médico. Algum tempo depois me conta que não vai ao médico.

Decide-se por prestar vestibular para a faculdade de Enfermagem e comunica-me isso como fato consumado. Tento compreender o sentido dessa escolha, porém as portas estão fechadas. Por outro lado pede-me ajuda para alguns temas (por exemplo, biologia) que está estudando para o vestibular.

É também nesse período que entra novamente em minha sala com um ar diferente, tal aquele constrangimento de maio. Logo no início da sessão diz.

S: - Saí com uma mulher.

T: - Como assim? Que mulher?

S: - Uma da rua Augusta.

T: - Você saiu para transar?

S: - Sim.

T: - Quando?

S: - Faz tempo.

T: - Uma prostituta?

S: - Sim, isto é, não sei ..., sim, uma prostituta.

T: - E daí?

S: - Normal.

T: - O que é normal?

S: - Não sei.

T: - Você transou?

S: - Sim.

T: - E o que achou?

S: - Normal.

Os diálogos que tenho transcritos e que transcreverei não passam por nenhuma explicação ou análise. Isto é proposital, pois aqui tento transmitir o impacto que me causaram, através do silêncio da não análise. Tudo parece só dentro da cabeça de S.G.. A impressão é que o relacionamento comigo continuava existindo na minha ausência e assuntos iam sendo preparados para serem comunicados. Como na análise dos sonhos, fui aprendendo a deixar que tais fatos relatados fossem trabalhados quando possível, por ele ou por mim, após feitas as associações ou relacionar o fato com outro semelhante ou oposto.

Numa das últimas sessões do ano, quando conversávamos sobre escolha profissional, S.G. diz que pensa que eu gosto do que faço. Digo que ele percebeu bem. Em seguida conta que voltou à terapia, depois de Parati, porque achou que eu era “mágica”. Ele havia preparado tudo para se matar, mas seus

pais chegaram e disseram que eu os tinha enviado. Por isso S.G. nessa ocasião achou que eu tinha a capacidade de adivinhar.

1982

S.G. deixa o trabalho como *free lancer* para se dedicar à faculdade. Traz uma relação de livros que vai precisar e quer saber se tenho algum para emprestar. Tenho os de anatomia e fisiologia, e os empresto. Está satisfeito com a faculdade, que tem mais mulheres que homens. “Afinal, são mais fáceis de se relacionar”. No seu grupo de estudo é o único homem.

Talvez pela proximidade com as colegas da escola, o relacionamento comigo também muda. Conta como as meninas se beijam para se cumprimentar. Parece achar estranho, mas é bom. Passa a se despedir de mim com dois beijos faciais.

Um dia conta-me que está transpirando menos, coisa que observo quando faz trabalhos, pois antes eles ficavam molhados.

Logo no início do ano faz um desenho (Figura 11) e inaugura uma nova forma de se relacionar comigo e de usar seus trabalhos.

Pela primeira vez diz que um desenho tem a ver com um fato vivido. Conta-me que o cigano é um sujeito que ele conheceu. Que o desenho tem uma história e que essa história foi a motivação para fazer tal desenho. Quando pergunto se ele quer me contar a história, diz que não.

Procuro então trabalhar com o aqui e agora, fazendo uma relação entre esse trabalho e outro que ele tinha feito há muito tempo. Pego então o trabalho de “alguém que espia” (Figura 10), vou perguntando e mostrando as diferenças e semelhanças. O “alguém que espia” eu mudo para “alguém que olha”. No primeiro trabalho o personagem tem os olhos semicerrados, espiando uma paisagem que não tem “viva alma”. Tudo parece morto, está parado. As portas e janelas estão fechadas, as cores são pálidas, as árvores estão sem copa ou mortas, ou podem ser postes. Ele participa dizendo que do cabelo do cigano da Figura 11 saem pessoas, e que na cabeça há uma floresta. Há ainda sereias e água.

S.G. vai tecendo comentários sobre os detalhes da Figura 11, salientando em algum momento que gosta de sereias, que são misteriosas, somem no mar. Fica algum tempo em silêncio, esperando, a meu ver, que eu fale. Digo que talvez me falando da mulher, o que o leva a associar com a “mulher-peixe” (Figura 8). Nesse momento, pela primeira vez sinto-me autorizada a usar as atividades como meio de comunicação. Há uma permissão de S.G. para entrar em contato com coisas dele através dessa forma de expressão. Sugiro revermos todos os seus trabalhos.

Da Figura 8

S:- Eu queria fazer uma mulher. Sei lá, diferente, como eu via. Queria que ficasse bonita.

T: - Bonita como você disse que a sua mãe era, quando você era pequeno. Será que esse desenho tem a ver com a sua mãe?

S: - Acho que tem tudo a ver.

T: - Como assim?

S: - Acho que tem a ver com as coisas que existiam dentro da minha cabeça.

T: - Então podia dizer que aquele que queria ser um cavalo tem a ver com o seu pai? (Figura 9).

S: - Essas figuras existiam dentro da minha cabeça assim. Pode ter a ver com meu pai. Parece que sempre tive essas coisas na minha cabeça. Eu disse que sempre quis fazer um cavalo. Acho legal ver tudo o que eu fiz. Não tinha história para contar. Ficava aqui na cabeça. Talvez tenha saído o que eu queria.

Levantei a hipótese, que as sereias estariam ligadas à busca do conhecimento da mulher e que existia uma relação com a mulher-peixe.

Na sessão posterior ele traz uma pintura a lápis que fez em casa (Figura 12). Esse trabalho fez com que eu abandonasse a análise dos anteriores. S.G. coloca na minha frente, sobre a mesa, a Figura 12. Parece estar esperando e querendo que eu comente algo. O desenho suscita-me, de imediato, a idéia de um homem logo após a masturbação e toda a situação persecutória que isto pode trazer. Fico algum tempo em silêncio, em dúvida sobre fazer ou não esta observação. Decido por falar e divido o comentário em dois aspectos: no sentido do trabalho em si, digo que o acho lindíssimo e, quanto ao significado, parece-me um homem que acaba de se masturbar e que tem uma porção de pessoas, como fantasmas, que o observam. Como se fosse uma perseguição.

Sua resposta surpreende-me pela ligação que faz com a situação da perseguição. Sinto que há agora um processo de idéias e é perceptível uma elaboração intrapsíquica.

S: - Tem sempre dois olhos que me olham. Não sei como, mas sinto isso.

Em seguida relata a seguinte história: “Quando eu era pequeno, eu era baixo e gordo. Depois eu cresci muito rapidamente e emagreci. Eu era ainda pequeno e ficava beijando o cangote da minha mãe enquanto ela cozinhava. Daí, um dia eu fui andar de bicicleta no parque e vi que o namorado é quem fazia isso na namorada. Daí, eu nunca mais fiz isso na minha mãe”.

Imediatamente, associo esse relato à dificuldade que S.G. tem ao estabelecer o certo e o errado. Penso nas dificuldades por que passou para criar valores próprios.

Pergunto se acha sua atitude errada, e ele responde que naquela época achou, agora não sabe bem o que sentia. Volto a referir-me ao erro e S.G. acha que sua atitude era errada. Retomo o desenvolvimento sexual e lembro-lhe da descoberta da mulher pelo menino, que pode ser feita através da mãe. A conversa flui um pouco para as relações homem-mulher adultos, mas este rumo parece desinteressá-lo.

Por esse tempo, conta-me sobre sua internação. Lembra-se que um médico – acreditava que era um médico – foi falar com ele no quarto. Achou muito estranho e não lembra muito o que ele disse, mas ficou convencido de que devia internar-se. Quando saiu do quarto havia mais dois homens vestidos de branco na sala. Acompanhou-os até o elevador, mas daí olhou para o pai e o “viu rindo” e achou então que ele o estava enganando e não quis ir mais. Daí tiveram de levá-lo à força, usando para isso uma “camisa-de-força”. Não se lembra bem dos primeiros dias de internação e acha que tomou eletrochoque. O médico ia ao seu quarto e a única coisa que ele pedia era para ir embora. Não se lembra de ter conversado com o médico sobre outra coisa. Acha que não entendia muito o que estava se passando.

Muitas são as sessões, principalmente do segundo semestre, onde relata suas atividades escolares. Ele é o primeiro aluno da classe. As pessoas e os colegas se aglutinam à sua volta principalmente por este aspecto. Isto é para ele uma forma de segurança. Sabe por que se aproximam e este saber o tranqüiliza a ponto de permitir uma aproximação dos colegas, que aos poucos se tornam mais amigáveis a seus olhos.

S.G. planeja comprar uma moto, tem feito economia para isso, mas sabe que o pai o ajudará.

No final do ano sugiro que façamos uma revisão de todos os seus trabalhos. S.G. lembra-se de um episódio com o pai. Quando estávamos vendo a Figura 9 ele lembra que eu tinha achado a figura também parecida com um porco. Quando tinha doze anos foi ao clube com o pai. Depois de jogar tênis foram ambos para o vestiário, onde o pai se despiu na sua frente, pela primeira vez. Sentiu uma coisa estranha, como se o pai o estivesse chamado de “bicha”. Foi por isso que ficou com ódio do pai. Pergunto se ele tem medo de ser homossexual. S.G. me explica que não tem medo de ser homossexual, mas que alguém ache que ele é. Pelo que pude entender, S.G. tinha medo de se sentir atraído ou de atrair um homem. Novamente refere-se a alguém que ficou olhando para ele e diz ainda sentir-se mal com essa imagem. Em algum

momento associou isso, de novo, ao sempre querer desenhar cavalos e nunca conseguir.

1983

Tenho por hábito comunicar aos meus clientes quando estou ou não em São Paulo, porque em momentos de maior angústia eles podem me chamar por telefone em casa. Durante esse período em que atendi S.G. tive a oportunidade de fazer muitas viagens para o exterior. S.G. sempre se mostrou interessado por essas viagens. Esse era então o assunto escolhido para os grandes silêncios dele. Parece que havia um acordo tático entre nós, um código de que a possível desordem ou o caos acarretado pelo silêncio podia ser ordenado por viagens “fantásticas”, isto é, “histórias” sobre viagens.

Eu procurava sempre manter esses valores voltados para os aspectos culturais. Descrevia museus e suas obras, teatro, cinema, culinária, concertos e hábitos de outros países.

Levado provavelmente pela percepção do meu interesse pelas áreas plásticas e principalmente pintura, S.G. convida-me para uma exposição onde uma prima sua apresentava trabalhos de pintura feitos em saco de estopa.

Aprecio o cuidado e a forma de seu convite. Estende-o a uma companheira de consultório, de quem percebe que sou amiga. Pergunto por que e respondeu que, pelo fato da exposição realizar-se em um bar, eu deveria ir acompanhada para não ficar “ruim” para mim.

Aceitamos o convite e peço para nos esperar na entrada do bar, para que pudesse nos ciceronear e apresentar a artista. Dessa maneira, procurei demonstrar que queria encontrá-lo. S.G. nos espera e cumpre o combinado. Quando conheço a prima, esta dá mostras de muita satisfação em me “conhecer pessoalmente”.

Procuramos depois uma mesa para tomar um drinque e eu convido-o para sentar-se conosco. Enquanto o garçom toma nota de nosso pedido (S.G. não toma nada), sua mãe aproxima-se, nos cumprimenta e senta-se na quarta cadeira, onde havíamos colocado nossas bolsas. Logo que o garçom se afasta, ela dirige-se a mim com uma pergunta mais ou menos assim: “Como é? Você precisa fazer alguma coisa pra S.G. sair de casa! Ele nunca sai de casa”. Fico absolutamente constrangida e muda, assim como S.G.. A salvação vem através de minha amiga psicanalista que, percebendo a situação, desvia o assunto para a exposição. Falamos um pouco sobre isso, sem a participação de S.G.. Em seguida a mãe decide ir embora e pergunta a S.G. se ele vai também. Ele responde que sim. Eu o convido a permanecer mais, porém ele se despede e sai com a mãe.

Após a saída de S.G., fico raivosa com a interferência da mãe e lá mesmo, conversando com minha amiga, decido falar com S.G. sobre isso.

Na sessão posterior a esse episódio, mostro e digo que fiquei raivosa com a atitude de sua mãe. Que havia exposto um problema dele na frente de terceiros e que, pior ainda, intrometera-se em nosso relacionamento. Estávamos na exposição para falar de pintura ou qualquer assunto social que quiséssemos, não de nosso relacionamento relativo ao tratamento, coisa que queria que ficasse no meu consultório.

De início pareceu-me que S.G. estava tomando a bronca para si, porém quando começou a falar disse que começava a perceber que a mãe era mesmo intrometida.

Há algum tempo ele estava planejando e já modificando a decoração do seu quarto. Praticamente desde a saída do irmão. Contou-me que isso estava ficando difícil porque a mãe insistia que ele fizesse modificações na casa toda, quando na verdade o que ele queria era unicamente cuidar daquilo que era seu.

O que era “seu” estava representado, nesse momento, por seu quarto, sua moto, sua escola. Aproveitei a oportunidade para começar a introduzir “o seu” no meu consultório também. O assunto da moto é tratado com muito entusiasmo. Parece que faz parte do seu próprio corpo. Digo-lhe isso, o que foi aceito alegremente como verdade. Diz sentir algo mais forte, mais claro, mais bonito quando anda de moto. Com a mesma alegria que fala da moto, brinco, dizendo que a potência da moto ajuda a sua própria – o que aceita sorrindo.

Percebo então, quão importantes os objetos estão se tornando como ponte entre seu mundo interno e externo. Digo que os objetos parecem ter maior significado para ele, que observava que principalmente seus desenhos e pinturas estavam sendo usados para significar ou explicar algum fato, lembranças ou mesmo coisas que nunca tinha pensado nisso, porém que achava muito legal.

Seu vocabulário também está se modificando. Menos formal e mais preciso. O vago “não sei” está sendo substituído por “acho que”, denotando dúvida, conexão, busca de ligação e explicação.

Procuro incentivá-lo a “cuidar de suas coisas”; por exemplo, a decorar o quarto a seu gosto. Ele chega a ir a Embu para ver coisas e procurar objetos, mas decide-se por fazer ele mesmo.

Numa das sessões em que falamos sobre decoração, traz um trabalho feito em casa (Figura 13). Esse trabalho favorece comentários sobre várias situações que já apareceram antes. Não espero que S.G. fale, digo que o personagem se parece com ele. Confirma que se trata dele mesmo. Assusta-se com a confirmação e retoma, dizendo que acha que é ele mesmo. Pergunto então se posso expor algumas idéias que o desenho me sugere e que para isso

trabalharia com a hipótese de que o personagem era ele. Como concorda, começo dizendo que se ele está no palco é para ser visto, ou pode ser visto, e como está sem camisa a expressão de “peito aberto” cabe aí. Então, ele pode se ver e ser visto de peito aberto. Apesar de não haver pessoas, a existência das cadeiras e da porta entreaberta – até aqui os desenhos tinham janelas e portas fechadas – sugere a entrada e permanência das pessoas. Uma mesa, duas cadeiras, uma porta que abre e fecha, ele, só falta eu para começar aquela peça. A reprodução do local do nosso encontro, num palco, foi por S.G. considerada como uma idéia “muito legal”.

Voltei a insistir no aspecto de ele estar de peito aberto, abrindo portas. Passo a perguntar em outras sessões “quais são as novidades?”. Dentre elas escolhe algumas; por exemplo, convida uma amiga para ir ao cinema. Pergunto se a novidade é ir ao cinema e S.G. me conta que já tinha ido ver outros filmes aos quais eu havia me referido como bons. Falamos um pouco sobre um deles, que gostara muito, principalmente da “Dança dos Helicópteros”. Pergunto depois sobre a “poluição”, ele diz que havia sumido, mas que com a amiga fora “difícil”. Que na saída do cinema, até mesmo dentro, sentira-se mal e depois despedira-se rapidamente dela. Dias depois volto a esse assunto e S.G. diz que a amiga queria transar com ele e que ele tinha obrigação de transar com ela, o que o assustou. Tempos antes S.G. contara, ao falar da faculdade, que achava que tinha colegas que transavam e outras que não transavam. Perguntei se essa era das que transavam e ele respondeu que sim, com “todo mundo”. Digo, então, que se a moça esperava ou não transar com ele, ou mesmo se esse era seu desejo, não sabíamos, mas que como “todo mundo”, ele também se via obrigado a transar com ela.

Na sessão seguinte ele relata que havia conversado com uma amiga sobre as pessoas que surpreendem a gente e que tinha uma pessoa que o surpreendia sempre. Pergunto quem é, ele diz que sou eu. Pergunto por que e ele responde que espera que eu diga uma determinada coisa, digo outra completamente diferente, algo que nunca havia imaginado. Peço que ele explique e ele fala da sessão anterior, onde esperava que eu ligasse o fato de ter “fugido” da amiga com insegurança, mas que eu havia falado em cumprir o estabelecido. Respondo, resumindo da seguinte forma: se a amiga transava com todo mundo, podíamos hipoteticamente estabelecer que esperava transar com ele, e que isso tinha “tomado conta da cabeça dele”, isto é, apegara-se à única coisa que sabia e não procurou o novo, por exemplo, outro tipo de relacionamento. Se eu falasse nesse momento de insegurança, não falaria de fuga, mas de dificuldade em mudar o estabelecido e que preferia chamar isso de medo do novo, combinado com cumprir ordem. Volto a lembrar da porta

entreaberta para o palco e sugiro que pense na possibilidade da entrada de outras pessoas que possam mudar a cena, ou a própria peça.

S.G. fez, nesse período, alguns trabalhos em argila. Eram objetos redondos, desde esferas simples até transformadas em coração, frutas e outros. Lembro-me principalmente do prazer e cuidado que S.G. mostrava ao realizá-las.

Numa dessas sessões pergunto sobre a pintura e desenho, por que deixava de fazê-los. Responde-me que tem feito em casa. Peço para vê-los.

Quando traz uns vinte desenhos em grafite de mulheres nuas, brinco com ele, perguntando quem surpreende mais, ele ou eu. Olho um a um com muito cuidado, dando tempo também para pensar se digo ou não o que vejo nesses trabalhos. As mulheres se parecem comigo. Os traços arredondados são muito diferentes dos longilíneos apresentados até aqui.

Digo-lhe que os trabalhos estão muito bonitos e que os corpos, principalmente, estão diferentes. Relaciono com o corpo das sereias que agora se transformam em mulher. Pergunto se ele havia pensado em alguma mulher em particular para fazer esses desenhos. Diz que não. Eu digo que acho que de corpo elas se parecem comigo. Pega os desenhos e vai revendo-os e diz não ter pensado nisso, mas que algumas se parecem comigo. Brincalhona, digo que gostei da idéia de ser modelo.

Essa permissão de conhecer as mulheres através de mim leva-o a contar-me o quanto eu o impressionava nos nossos primeiros encontros, principalmente meu cabelo, meu jeito, tudo parecia ter muito movimento. As relações pessoais também vão aparecendo, como um casal de primos que passa a freqüentar. Chama-os de intelectuais da família, “sabem das coisas”. Reencontra um amigo da faculdade e vai visitá-lo. Conta que esse amigo usava droga e agora não usa mais. Falam sobre isso e rememoram tempos da escola. Diz que tem muitas coisas que o amigo fala que só agora está lembrando.

Os trabalhos citados acima não foram encontrados por S.G.. Na ocasião não fiquei com nenhum deles porque achava que representavam uma situação bastante íntima dele. Significavam uma parte de nossa relação e deviam ser guardados por ele.

1984

S.G. inicia os estágios na faculdade, dificultando bastante nossa possibilidade de horários para as sessões. Passo a vê-lo uma vez por semana, sendo que ele podia procurar-me quando quisesse ou pudesse. Acaba marcando sessões extras em feriados escolares. As atividades, agora, são feitas

cada vez mais em casa e trazidas às sessões, geralmente associadas a episódios de sua vida.

(Figura 14) Cada figura é personagem de uma história que S.G. viveu e são mostradas como ficaram gravadas, na forma de imagens:

- A empregada que cuidou dele na infância.
- A moça do pré-maternal que o carregava no colo para dormir, enquanto os outros garotos dormiam no chão.
- S.G. chorando no primeiro dia de aula.
- A professora que o ajudava, quando ele não sabia, dando a dica ao iniciar a palavra-resposta.
- A sala de sua casa, onde sempre gosta de ficar.
- O dia em que a mãe ia lhe bater, ele correu para trás da mesa e ela a empurrou. S.G. achou que ela ia cortá-lo ao meio.
- O diretor do colégio que era manco.
- O professor que dava dica do erro através do OOOH!!...
- A professora que lhe deu um castigo. A gorda.

Maternagem, cuidado, ajuda, castigo, erros, acertos etc. Enfim, a formação de um sistema integrado, criado através de um composto de engrenagens complementares. Foi essa a primeira imagem que este trabalho de S.G. suscitou a mim.

Contrapondo os trabalhos vistos até aqui, onde as imagens eram apresentadas com conteúdo afetivo, sendo que o discurso era pobre, ou melhor, havia uma desconexão, ou ainda, não-relação com a força da representação da imagem, agora o sentimento fazia a conexão entre imagem e discurso. Porém essa conexão funciona como engrenagem de uma máquina. Cada parte tem uma função específica que a qualifica como um todo. Então cada pessoa é, no todo, qualificada pela sua parte. Estes elementos, ao serem salientados para S.G., trouxeram como consequência a composição de histórias rememoradas.

Da Figura 15

Como não tomei nota enquanto S.G. falava, o relato que segue não é literal. “Eu tinha quinze anos e um amigo do Objetivo – não era bem um amigo, um conhecido do Liceu Pasteur – convidou-me para ir com ele para Araçatuba e Ponta Porã. Ele levou-me para a “zona” de lá. Entrou e eu fiquei no carro, assim. Veio um “rapaz alegre” e ficou me convidando para entrar. Acho que meu amigo achava que eu não tinha transado ainda e como todo mundo já tinha transado com quinze anos, acho que ele achava que eu devia

transar. Eu fiz esse desenho porque eu me lembrei de quem eram os olhos que estavam sempre me olhando. É desse rapaz aí”.

Cada parte desse desenho foi revista por nós através das minhas perguntas. A mulher que estava na porta era uma prostituta. O “rapaz alegre” era um homossexual que o convida para entrar. O amigo tinha ido comprar maconha nessa casa. Tento me aprofundar na questão do convite do homossexual, porém essa história é associada a outra que conta como ele ficou “diferente”.

S.G. diz que um dia estava com amigos na casa de um deles e que tinha fumado maconha. Depois de um certo tempo, algo aconteceu: sentado no chão, sem saber como, seu corpo “se jogou” para trás. Fez uma grande curvatura e se jogou para trás. A partir daí, ele ficou diferente. Nunca mais voltou ao que era. Sem poder explicar-me direito, por não ter claro o que havia acontecido, lembra-se que tal situação tinha a ver com a idéia de que os amigos podiam estar falando de homossexualismo. Seu corpo a partir daí ficou estranho. Em sessões posteriores tento retornar ao assunto da droga e do homossexualismo. Parece, porém, que o interesse desapareceu.

S.G. está fazendo um trabalho no consultório para o qual seu interesse está totalmente voltado. Diz estar tentando fazer alguma coisa com “sombra” (Figura 16). Pergunto se é sombra como reflexo ou como um fantasma; diz que é como reflexo. Quando termina, acha que não ficou bom. Pergunto por que e responde: “porque em vez de um reflexo ficaram dois”. De qualquer maneira, acha que o desenho ficou legal.

Aproveito para saber se ainda sente que as pessoas o “olham esquisito” (sic) ou se havia “aquelas perseguições”. Conta-me que, atualmente, acha que alguém está olhando para ele. Dá como desculpa a camiseta.

T:- Como assim?

S: - Bem, quando alguém me olha muito, eu penso que é a camiseta ou qualquer coisa que estou usando; então, quando chego em casa eu troco.

T:- E isso acontece sempre?

S: - Não, quase nunca.

Em seguida, começa a fazer um esboço em tela para pintar a óleo.

De casa traz um outro desenho (Figura 17). Novamente, a transcrição não é literal: “Estava no Guarujá. Eu era pequeno. Tinha uma amiga da minha mãe que ficava deitada na praia. Ela gostava de tomar caipirinha. Hoje, eu acho que ela é alcoólatra. Eu ia buscar caipirinha para ela porque depois ela ficava me acariciando. Eu achava muito gostoso”.

Pergunto se havia percebido que havia feito uma cama, com espaldar e tudo, na praia. Responde que não. Digo que acho o desenho erótico. Ele tem a impressão de que era isso que sentia nessas ocasiões. Associo esse desenho à

descoberta da sedução e do erotismo para um menino, através de uma mulher adulta que pode ser a mãe. Retomo o desenho da mulher-peixe, que se encontra também perto do mar. Da maneira que vejo como lhe sendo peculiar, S.G. abre um leve sorriso, com jeito tímido de aceitar aquilo que cabe como explicação do seu sentir. Depois disso a pintura a óleo nos toma bastante tempo. Pinta e repinta para conseguir o efeito que deseja.

No final do ano traz um desenho, dizendo que é muito importante (Figura 18). Conta mais ou menos assim: “Quando eu era pequeno, nós íamos sempre à praia. Eu gostava de ver televisão e de desenhar personagens de Walt Disney. Um dia meu pai comprou uma prancha de isopor. Entramos na água, ele na frente, minha irmã no meio e eu atrás. Daí meu pênis se mexeu e bateu na minha irmã. Ela saiu da prancha e eu fiquei parado”.

Através desse desenho foi possível revermos e falarmos de todos os aspectos que apareciam tanto em desenho como no discurso de S.G.. Era então “normal”, segundo S.G., conversar sobre poluição, perseguições, relacionamento familiar e sexual, era como falar de comer, passear, namoro, etc.

As pessoas passam a ser vistas num plano de realidade; por exemplo, a irmã que sempre era citada como perfeita, boa, também aparece com defeitos, sem que estes se tornem perseguidores. Do pai e do irmão se torna amigo, chegando a gostar de ir à casa do irmão. Quanto à mãe, o lugar dela como bela mulher passa a ser, cada vez mais, ocupado pelas garotas que leva para passear em sua moto.

Conta-me, num desses dias, que nunca mais se sentiu perseguido, não precisava mais sequer “trocar a camiseta” (sic). Reconhece-se como uma “pessoa tímida, porém não bobo”.

Inicia-se 1985 com S.G. terminando a pintura a óleo. Diz que ainda tem coisas para pintar no quadro, porém quer deixá-lo assim.

Faço aí um gancho com o tratamento. Vejo que juntos fizemos muitas coisas, alguns caminhos foram abertos, alguns já foram trilhados e até solucionamos alguns problemas. S.G. concorda e através disso passamos a conversar sobre o fim do tratamento.

Usando o trabalho a óleo para analogia (Figura 19), digo que no tratamento pode haver coisas a serem feitas, mas que também pode ser deixado assim. Pergunta o que quero dizer com isso. Respondo com uma questão: ele não gostaria de fazer psicanálise para continuar conversando sobre ele mesmo, até como uma forma de se conhecer mais? A resposta é que agora só quer parar, se precisar depois procurar-me-ia para orientar-se.

S.G. diz que quer deixar seu último trabalho comigo. Comento que dessa pintura ainda não havíamos falado. Pede-me que diga o que achou do

trabalho, mais especificamente do significado da pintura. Disse algo sobre uma cena de troca de presentes, do seu lado ele me dá o trabalho; eu, do meu, falo dele.

Digo que talvez essa pintura apresente muitas coisas a serem ditas, porém que eu gostaria de deter-me no aspecto que mais me chamava a atenção: a existência de três pernas. S.G. fica curioso para saber por que não tinha visto. Como que brincando, digo que seu inconsciente pregara-lhe uma peça. Que ao cobrir os órgãos sexuais, tinha aparecido um terceiro membro inferior entre os dois outros que estão calçados. Talvez não seja possível esconder a sexualidade, a potência, a vida. Podem estar até disfarçados, porém sempre presentes.

COMENTANDO

...a narrativa da sentido à realidade através de ligar o mundo externo das ações ao mundo interno das intenções. Perguntar, num sentido narrativo, por que aconteceu algo é perguntar o que motivou os atores a fazer o que fizeram. Mattingly, (1991).

Há dois pressupostos que considero fundamentais para a composição de um método de assistência em terapia ocupacional. **O primeiro é que a prática seja sempre, também, um projeto de investigação; e o segundo é que a proposição do uso das atividades como projeto terapêutico esteja claramente apresentada através dos pressupostos teóricos e técnicos que fundamentem esse uso.**

Para a prática, é necessário realizá-la sempre, através de procedimentos técnicos que a sustentem e subsidiem. As supervisões, as discussões em grupo e as elaborações teóricas são instrumentos indispensáveis para a avaliação não só da eficácia da experiência, como também do processo de criação implícito nesse tipo de prática. Dessa maneira, cada caso, cada sessão individual ou de grupo, e o contexto institucional onde a terapia ocupacional está inserida, são nossos objetos de estudo. Assim considerando, o processo terapêutico de S.G. foi uma investigação acerca dos procedimentos terapêuticos e da construção metodológica; um objeto profícuo de estudo e aprendizagem. Foi essa condição de sempre pesquisar que me possibilitou rever muitos aspectos do instrumento “atividades” em terapia ocupacional.

Neste capítulo volto a acrescentar novos achados e elaborações dos anos posteriores à dissertação de mestrado e principalmente da tese de doutorado. Gostaria de acrescentar ainda mais, porém, isso acabaria por descaracterizar este livro. Portanto, mantenho os comentários que fiz na dissertação de mestrado, quando ainda estava ligada ao pensamento psicodinâmico. Em alguns momentos tenho imaginado que só poderei continuar escrevendo, indo e voltando, num movimento histórico dinâmico. Talvez por isso que volto a estudar a História da Terapia Ocupacional, suprindo-me de sua fundamentação para poder continuar e evoluir. **Por outro lado, procurarei em notas em negrito pelo menos apontar o caminho que percorro hoje, tendo como núcleo duro do método terapia ocupacional dinâmica (MTOD) a relação triádica.**

Em 1968, quando o curso de Terapia Ocupacional já era de nível universitário, dispúnhamos de uma parca bibliografia, herança da terapeuta

ocupacional americana, Elisabeth Egles que atuou como assessora na criação do nosso curso. Esse material era transmitido pela nossa única professora terapeuta ocupacional, Maria Auxiliadora Cursino Ferrari.

Foi através delas que aprendemos que: “A terapia ocupacional trata de pacientes através do uso de *atividade* construtiva, numa situação simulada, na vida cotidiana e ou, na situação de trabalho” (Spackman, 1947).

Observando que “atividade” foi o termo escolhido, pelas terapeutas ocupacionais, para nomear seu instrumento de trabalho (WFOT – 1952), procurei sempre estudar a possibilidade de vir a defini-la tecnicamente.

Descobri em primeiro lugar que o termo não poderia ser definido no singular e sim no plural – atividades - . Em terapia ocupacional o importante é observar que quando um paciente desenvolve uma atividade, muitas atividades se entrelaçam para que a primeira chegue a termo. A dimensão desse universo de atividades começa a ser desenhada por Jobin (1992), “É preciso distinguir atividade e atividades. A atividade é a manifestação do ser, que tende a conservar, a aumentar, a construir ou reproduzir o próprio ser. A atividade abarca ao mesmo tempo funções motoras, sensoriais e cerebrais, parte que o humano partilha com o animal. As atividades são formas mais ou menos concretas, através das quais a atividade se manifesta. Elas implicam num agente, numa matéria e num objetivo”. Além da rede de “atividades humanas” as atividades na terapia ocupacional são promotoras de outras tantas, objetivas e subjetivas que criam espaços para cadeias associativas no fazer ou construir algo. Na realização de uma atividade, mesmo a mais simples, em terapia ocupacional, imediatamente são desencadeadas atividades de ensino, cooperação, observação, informação, diálogo, relação e significação, pelo menos, por isso o uso do termo no plural.

A segunda observação é que muitas vezes usava o termo “instrumento de trabalho” ao me referir às atividades usadas pela terapeuta ocupacional. O passo seguinte foi perceber que poderia manter o uso do termo instrumento para qualificar tecnicamente as atividades inerentes à prática da terapia ocupacional. Esse conjunto instrumental característico da Terapia Ocupacional requer pelo menos dois tipos de técnicas no contexto da prática. As técnicas de realização das atividades e as técnicas que possibilitam acontecer num tempo e espaço a assistência. Essas técnicas, como já afirmei anteriormente são tanto as terapêuticas como as educacionais-pedagógicas.

Por isso, contextualizando atividades numa relação triádica, determinante da prática clínica no MTOD, tecnicamente defino **as atividades** da terapia ocupacional como: **o terceiro termo de uma relação, que ocorre a partir do pressuposto de que existe uma terapeuta ocupacional, e um**

segundo indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional.

As técnicas, os procedimentos e a análise desse pressuposto estão diretamente relacionados a um outro também fundamental – **o funcionamento dinâmico da relação triádica**; e tudo tem início quando alguém chega para fazer terapia ocupacional.

Um início promissor

S.G. foi-me encaminhado depois de um encontro que tive com seu médico. Nessa conversa ficou claro que, antes do diagnóstico, o que estava levando o médico a fazer a indicação era a percepção de que esse tipo de terapia poderia ser benéfica para o paciente. A discussão prévia do caso deu-me maior segurança, assim como maior disponibilidade para receber S.G. Esta é, sem dúvida, a melhor forma de se fazer um encaminhamento, pois desde o início apresenta a possibilidade de um trabalho conjunto. **Hoje percebo que um trabalho conjunto acontece independente do médico apresentar sua análise do caso, além disso prefiro antes ver o paciente e tentar iniciá-lo em alguma atividade e muitas vezes sem mesmo saber o seu diagnóstico. Quando entretanto, quero compor o diagnóstico situacional, procuro saber não só da análise do médico, mas de todos que convivem com o paciente.**

Como não me encontrava inteiramente disponível em função da viagem que faria no mês seguinte, fiquei preocupada com iniciar uma relação e logo interrompe-la por mais de um mês. Quando retorno e S.G. decide ir para Parati, pensei que a ligação não se estabeleceria. Na realidade, creio que ela pôde ocorrer a partir da minha decisão de chamar os pais de S.G. e sugerir que fossem a Parati (página ____). Sem dúvida, o “fato inesperado” que fez com que pensasse que eu estava “salvando-o” da morte (página ____) também tornou o nosso início promissor.

S.G., em princípio não tinha nenhuma demanda de terapia ocupacional. Como quase todos os nossos pacientes, ele chegou através de uma indicação médica.

Acho que S.G., nesse momento, não podia imaginar em ter um futuro, um projeto ou em mudar qualquer coisa. Por não saber do que precisava não tinha o que pedir e o que lhe pareceu ser mágica, foi na realidade, só o cuidado de questionar e observar se a atividade que o paciente desenvolvia era a melhor para a situação.

Os elementos que desencadeiam a terapia ocupacional são as atividades e a entrada do sujeito nesse sistema terapêutico. São as atividades que definem

uma ação específica da terapia ocupacional. Ação que geralmente se desenvolve numa área de interação entre: o físico e o psíquico, o objetivo e subjetivo, o material e o imaterial. Se aceitarmos estes, como os espaços virtuais por onde transitam o paciente, a terapeuta e as atividades, fica mais fácil compreendê-los em torno de ..., rodeados por ... e as circunvizinhanças.

Essa construção, digamos, **espacial**, implica em considerar o **tempo** como referencial equivalente, para que desde o início de um atendimento, possamos circunscrever os procedimentos em terapia ocupacional.

Esta terapia ocupacional objetiva construir história, e então me lembro de Milton Santos construindo espaço na ciência que para Neil Postman é: “uma forma de contar história”.

Para começar, então, é preciso poder conhecer quem estamos recebendo e em princípio, o que faz e como faz e para isso de pronto pedimos que faça.

Diagnosticando

A exclusão social é a problemática de partida da população alvo da terapia ocupacional, que tem como objetivo final a inclusão social. Essa exclusão é resultante de uma diferença pela falta, que fatalmente marginaliza, pela repercussão que ela, a falta, acarreta em qualquer tipo de produção. Esse conceito delimita nossa população alvo, que em nossa sociedade está sempre em situação crítica, desgarrada da rede social.

O sujeito alvo da terapia ocupacional esta geralmente colocado á margem de um cotidiano pessoal e ou social. Quase sempre cumpre apenas rotinas de cuidados:

- há sempre um diagnóstico que o diz ser ele diferente, louco ou deficiente;
- há sempre alguém para falar por ele;
- há sempre a dificuldade de organizar e fazer funcionar o seu cotidiano;
- são conduzidos de um lado a outro sem saber o porquê;
- o que dizem ou fazem pode não ter sentido para eles ou para os outros e
- sua exclusão é pessoal, antes de ser social.

Sem dúvida, essas foram as condições que mantiveram S.G. trancado em seu quarto, por dois anos, sem fazer diferença. Não se pode afirmar onde começa o excluir-se ou o ser excluído e em muitos casos a possibilidade de ser “um paciente” é a primeira oportunidade de se inserir em algum lugar, sendo alguém.

Como paciente de terapia ocupacional, observa-se que por diferentes e combinadas razões, que o sujeito alvo está socialmente afastado de uma parte

significativa das atividades sociais. Interações de forma insatisfatória com a família, na escola, no trabalho e quase sempre é um solitário. Não se deixa atrair por divertimentos, atividades culturais e as pessoas, em geral, os intimidam e ou atrapalham.

S.G. foi-me encaminhado com a hipótese diagnóstica de esquizofrenia paranóide. Seus pais acreditavam que ele tinha problemas na universidade e ele se dizia tímido. Como terapeuta ocupacional, procurei saber do que gostava, o que fazia, com quem se dava e principalmente permanecer muito atenta para alguns gestos, atitudes e ações, que me permitissem compor um quadro de sua situação no momento. Estes são os dados necessários para se estabelecer um **diagnóstico situacional em terapia ocupacional**. (ver livro Proade, UNIFESP, 2005, prelo)

Sendo este diagnóstico não classificatório ou explicativo, consiste na descrição e análise das **condições sócio-emocionais**, as quais o sujeito apresenta em nossos primeiros encontros. **Desde deste início é a memória associativa da terapeuta ocupacional, que permite reter informações e associá-las, o instrumento precioso de análise do sujeito.**

Por ser descritivo-analítico o diagnóstico, que deve ser feito durante todo o processo, possibilita a observação das etapas evolutivas da terapia.

De início ele é realizado através das observações da terapeuta de como, porquê, o quê e quando o paciente realiza as atividades, o que ele relata de si, dos outros e da sua produção, do diagnóstico e dos dados históricos dos profissionais que o atendem e da história indireta coletada entre familiares, amigos e outras pessoas que as relacionam ou que recentemente se contataram com o paciente (às vezes a polícia, advogados, professores, patrões, etc.). Levando-se em consideração esse tipo de coleta de dados pode-se dizer que não existem condições necessárias e suficientes para compô-lo, sendo por isso mesmo não classificatório. Da mesma forma não pode ser explicativo, pois a quantidade e qualidade de fatores que influenciam as condições sócio-emocionais, além de muitas, se alteram no tempo e espaço.

No decorrer do tratamento, o paciente pode associar em trilha associativa as informações coletadas no diagnóstico situacional. A terapeuta deve, inclusive, “provocar” que essa forma de associação ocorra, as atividades realizadas no passado, atualizadas na narrativa verbal ou na tarefa de associar atividades são ingredientes necessários para a construção da história do sujeito em princípio, na sua terapia.

Um jeito particular de conversar

No início da terapia, quando pela primeira vez peço a S.G. que desenhe (página ____), pego papel e caneta para tomar nota do que vai dizer. Essa

atitude quer demonstrar a importância que darei, ao longo do processo, tanto ao “falar” como ao “fazer”. S.G. chega a tomar nota, ele mesmo, daquilo que diz (página ____), de forma a transformar sua fala, também numa atividade escrita.

Procurei criar situações nas quais S.G. pudesse perceber que ações, atitudes e atividades eram também elementos de comunicação. Desde o início expliquei-lhe esse tipo de terapia implicava a realização de atividades e de comentários sobre elas, tanto de sua parte como da minha. Aliás, **em grupo ou individualmente, na comunidade ou no hospital, fazer atividades é o contrato a ser estabelecido na terapia ocupacional e com a terapeuta ocupacional.**

Considero que a primeira “lembrança associativa” de S.G. aconteceu quando, ao fazer a figura humana, relatou que na infância costumava desenhar caricaturas (página ____).

Esta ocorrência, logo no início do processo terapêutico, foi para mim o indício de que a técnica associativa poderia ser utilizada. Tal indício se confirma quando S.G. faz o “Cigano” (Figura 9) e diz que tal cena é representativa de uma situação vivida. Apesar de não relatá-la nesse momento, foi possível pensar em criar, então, situações para uma “conversa associativa”.

Por outro lado, as atitudes também eram fundamentais para que houvesse comunicação. Relembro o momento em que quero comunicar a S.G. uma coisa importante – como o encontro com sua mãe no bar (página ____) – e tomo para representar tal importância a mesma atitude que ele, freqüentemente, tinha nessas ocasiões, “um certo ar de suspense e gravidade”. Há ainda as atitudes de aproximação, como o beijo na face ao se despedir (página ____) e os longos relatos de viagens, continente das angústias provocadas pelo silêncio e do constrangimento de não “poder falar”.

Creio que atividades e atitudes foram componentes tão capitais quanto a fala nesse processo terapêutico, se não é assim em todos. Quando S.G. relata sua história, servindo-se dos desenhos para compor um quadro de referências para fatos e sentimentos, principalmente os das páginas ____ a ____, chegamos a compor definitivamente uma forma particular de conversar. Nossas palavras, gestos, ações e atividades foram constituindo nosso “código secreto de comunicação”.

Acredito que em todos os relacionamentos, pelo menos medianamente longos, ou muito longos, não é preciso falar para se estar dizendo algo. As mulheres e os homens sabem o que fazer, conforme a expressão, quando uns ou outros, chegam em casa após o trabalho. Assim como S.G. não precisava dizer nada, quando sua sudorese, na mão, chegava a interferir nas suas atividades.

Em terapia ocupacional, é o olhar investido de afeto e atento a ocorrências é que possibilita a terapeuta ocupacional de tomar primeiro como informação e mais tarde como uma forma muito particular de se comunicar, o quando, como e o que se faz. **Mais tarde, para que este investimento adquira na relação terapêutica, como em outras, um valor de troca, é preciso que a terapeuta ocupacional mostre ao paciente que primeiro aceita sua forma de comunicar e depois mostre também o que observou.** Só assim estará estabelecida essa comunicação tão particular.

Numa trilha que chega à auto-estrada

De início, a economia de “palavras e gestos” de S.G. apresentava-se, no mínimo, como desafiante. Por muitas vezes tentei fazer algumas observações, como a do Natal de 1980 com a atividade que estava sendo realizada (página ____). Deparei com uma atividade que poderia ser vista como um “semáforo em vermelho.”

Quando S.G. faz o “Cigano” (Figura 11), retomo a figura “do que espia” (Figura 10) para compará-los (página ____). Aproveito nesse momento para “provocar a conversa associativa” à qual referi logo acima. Pergunto-lhe simplesmente se vê semelhanças entre as duas atividades. Sua afirmativa permitiu-me dizer o que havia observado. Foi então que pude perceber que buscar identificações, nomeações, associações, diferenças, etc., entre as diversas atividades, tornava mais fácil até a compreensão de cada uma delas. Havia um reconhecimento de que um fato visto numa atividade poderia ter a ver com outro, de uma outra atividade anterior e ou, posterior.

Percebi, também, que havia maior facilidade na aceitação da associação entre atividades, em decorrência do fato de estar talvez, “burlando” as resistências do paciente. Estudos posteriores, entretanto, mostraram-me que no caso das psicoses, o problema não estava somente na resistência. Segundo Perrier, “com o psicótico, é preciso instaurar tudo aquilo que pertence ao registro do simbólico e é o que por outro lado fazem, sem sabê-lo sempre, nem formulá-lo nesses termos, aqueles poucos terapeutas inspirados que, com justeza, chegaram a obter sucesso. Resumiremos o que parece ressaltar nas suas técnicas, dizendo que encontraram justamente o **termo médio** que subordina a relação dual aos movimentos de uma dialética”¹. **Ao afastar as associações feitas entre o paciente e a atividade, e deslocá-las em termos de atividade para atividade, nesse momento podemos encontrar o termo médio, que permite abrir uma trilha associativa, levando-nos ao caminho de significações e significados e não só da realidade interna, mas também**

¹ PERRIER, F. – *Evolution Psychiatrique*. Paris, 1958, n° 2, p.421-444.

da realidade externa, significados pessoais e sociais. Há então, um sentido a ser investigado e seguido para permitir o estabelecimento de uma narrativa.

O termo médio não deve ser confundido com “atividade mediadora da relação terapêutica” (Bourdin, Legros, Piergrossi, Gilbertoni). O primeiro é um conceito para a construção da subjetividade e o segundo é um instrumento técnico da terapia ocupacional. **Como termo médio as atividades e ou a terapeuta mobilizam uma dialética intrapsíquica que é antes de tudo subsídio para a simbolização e a atividade mediadora, é subsídio para uma aproximação na relação dual e por isso, menos dialética, uma vez que há a fixação do “recurso atividade” como elemento na mediação.**

Esta formulação pode ser melhor vista quando lembramos que S.G. dizia que as figuras já estavam prontas dentro dele (página ___), e que, no entanto, não conseguia atribuir-lhes um sentido. Entretanto, quando fazemos uma revisão dos seus trabalhos, a narrativa se constitui, alguns significados vão sendo dados, na associação entre cenas ou figuras (exemplos das páginas ___ a ___ e ___). Observa-se aqui que as atividades não são elas mesmas objeto de análise, mas sim o espaço escolhido para significar.

Mais tarde S.G. já aceita as associações que faço entre ele e as situações desenhadas, como a figura no palco. (Figura 13), cena que uso como material projetivo e, portanto, passível de significações. No entanto, o caminho não termina aí. Num movimento que também compreende a dialética, S.G. toma para si as atividades, usando-as como instrumento capaz de comunicar as emoções. É interessante notar que ele o faz de duas formas. A primeira, quando desenha uma situação, para contar ou explicar um sentimento. A Figura 15, acompanhada do relato da situação que explica o sentir-se perseguido (página ___), ilustra bem essa tentativa. A outra, como no caso da Figura 18, onde a cena representa ou “fala” do significado emocional. Penso que S.G. pode aqui “falar” daqueles sentimentos a que muitas vezes nos referimos como tão fortes, tão doloridos ou tão felizes, “que não temos palavras para descrever”.

Nessa forma de proceder, um novo sistema de valores vai sendo acrescentado em toda terapia ocupacional e principalmente, quero ressaltar, na antiga proposição de “ocupar para distrair ou afastar sentimentos mórbidos”. São muitos os autores contemporâneos que partem dessa premissa para construir suas teorias e técnicas. Na maioria dessas práticas essa premissa não está aparente, mas com um pouco de atenção é possível aferí-la. Basta que uma terapeuta ocupacional em teses ou teorias não defina o seu instrumento, muitas vezes, tomando como dado o seu conceito ou definição. Depois, ela estuda, define, conceitualiza e localiza a relação terapêutica, constrói aportes filosóficos e ideológicos sobre e para a terapia ocupacional e o pior ainda,

analisa previamente atividades a partir de bases teóricas de outras disciplinas. Como consequência as atividades passam a ser “recurso mediador da relação terapêutica”, ou “recurso de desenvolvimento de desempenho ocupacional”, ou “recurso para grupalização de pessoas”, ou “recurso da direita ou esquerda para introdução do sujeito no mercado”, mas, dessa forma nunca será o instrumento da terapia ocupacional.

Isso, aliás, só poderá ocorrer quando e se existir a construção de conceitos que particularizem as atividades, ou o fazer algo, como instrumento que objetive antes de tudo o próprio acontecer da terapia ocupacional.

É por isso que fica fácil para mim dizer que a terapia ocupacional é aquilo que seu nome diz e, responder a questões como, o que fazer com as atividades dos pacientes? Exposições? Vendas? Regalos artesanais ou é da instituição?

As atividades são: um dos termos de um procedimento terapêutico e depois podem vir a ser objeto de uso, a gosto de quem as produziu.

Tecnicamente, trilhas associativas compreendem uma série de procedimentos que têm o seu desenvolvimento fundamentado em conceitos construídos em função da relação triádica.

As atividades, depois do seu conceito, como já ocorreu, são usadas de acordo com algumas regras técnicas e subdivididas em três níveis por graus de complexidade para a realização de uma trilha associativa:

- fazer atividades; compilá-las; revê-las; agrupá-las; separá-las; compará-las;
- aprendê-las para ensiná-las, ao mesmo tempo que se observa e registra o processo de realizá-las, para compor um quadro de informações suficientes sobre o sujeito e sua produção;
- o sistema se completa quando a essa forma de proceder for acrescido o conteúdo, estabelecido pelo sentido que essa produção for adquirindo no decorrer de associações e análises e no mesmo tempo em que instrumentaliza a construção da narrativa.

Uma trilha associativa acontecerá, então, se estiverem claros os conceitos de dinâmica da relação triádica, de atividades, de transferência, de desenvolvimento neuropsicomotor, de saúde e seus espaços na vida de cada um, o sentido do educar e ensinar e tudo o mais que ainda está na ordem do empírico e que só posso transmitir no exemplo ou na poesia.

Antes da poesia, **“trilhas associativas” é uma técnica de análise de atividades, pós sua realização pelo paciente, onde este participa ativamente do processo, comparando-as e analisando-as e daí retirando**

uma narrativa que de preferência constitua a história de uma relação numa terapia ocupacional. (ver Site: jobenetton, Trilhas Associativas em espanhol).

Sendo redundante, então, “fazendo poesia” cada uma das atividades e o que delas se aprecia ou deprecia, são retalhos de uma colcha que se compõem com combinações inventadas. Associa-se o belo e o angustiante, o que dá medo e o colorido, as formas e os conteúdos. Quem ensina os pontos cruz ou cruzados, para coser com gosto e estética é a terapeuta ocupacional. Ela tem linhas de seda, de linho ou mesmo cordões de juta que amarram os retalhos antigos aos novos e a cada composição, para amarras, tem o cuidado de propor o que conhece. Com isso, facilita quando o tecido é áspero e duro, e, quando pode, sugere a lã macia para atar o frufu, enfeite brincalhão.

Discriminar para juntar, do que é conhecido e surpreende, no jogo do esconde e assim achar o que é seu, o que é do outro paciente ou terapeuta, dizem de si, ocupando cada um o seu lugar. Esta é a diferença que faz diferença, pois é ao terapeuta que cabe saber sempre o seu lugar. É aqui que a ética e a estética se tornam unas, numa relação triádica da terapia ocupacional.

Um corpo espelhado no palco

Para Pankow, a dissociação da imagem do corpo do paciente psicótico ocorre de tal forma que as partes perdem a relação com o todo e assim reaparecem no mundo exterior. Não acho que isto acontece só com psicóticos. Coisas estranhas acontecem também com a percepção corporal dos deficientes. **Um pequeno em idade escolar e com paralisia cerebral, numa trilha, contou-me que diferença entre o seu corpo e o de seu pai era que este não tinha cadeira de rodas.** No caso S.G. o desenho da “mulher-peixe” (Figura 8) e do “homem-cavalo” (Figura 9) são exemplos dessa ocorrência, visto que a mulher é caracterizada pelas pernas e o homem pelo peito.

A estruturação do corpo, parte importante da terapia de S.G., foi também se constituindo através dos movimentos da dialética entre a realidade interna e externa. Tanto as situações relatadas das atividades desenvolvidas fora do *setting* terapêutico, como no processo e no conteúdo das realizadas dentro.

S.G. contava-me as atividades que desempenhava na sala de cirurgia, inicialmente em forma de relatório. O corpo nu e suas partes pareciam estar sendo intensamente observadas. Foi nesse início do curso de instrumentador cirúrgico que S.G. trouxe a questão da “poluição” (página ____). Esse dado adicionado ao da compreensão de uma parte de seu corpo – o pênis – que acarretava sensações estranhas não só na totalidade do corpo, mas também no

ambiente (página ____), possibilitou-nos fazer uma viagem fantástica pelo mundo do corpo e da mente.

Por outro lado as atividades que desenvolve comigo nesse momento, principalmente os trabalhos em argila, parecem não ter tanto significado quanto a questão corporal. No entanto, é entre a atividade daquele que “espia” (Figura 10) e daquele que “olha” (Figura 11) que S.G. mantém seu primeiro relacionamento sexual. Provavelmente tal relação só pode ter ocorrido pelo fato de a elaboração dos elementos persecutórios já existir intrapsiquicamente.

Dessas situações iniciais, num caminho de associações, que se multiplicavam, e de elaborações evolutivas que foram sendo representadas pelas atividades, tais como do “homem após a masturbação” (Figura 12), “o homem no palco” (Figura 13), “os desenhos” que se pareciam comigo (página ____), a “mulher da praia” (Figura 17) e os de “cabeça para baixo” (Figura 18), dando margem ao trabalho do campo transferencial da estruturação do corpo, de identificações, da manifestação e localização do desejo, passando pela elaboração do incesto, à descoberta da mulher, objeto do desejo.

O último trabalho de S.G., cujo personagem central em algum momento chegamos a caracterizar de “semideus” (Figura 19), foi a atividade na qual tive maior participação no processo de realização. S.G., que nunca tinha pintado a óleo sobre tela, solicitou minha orientação durante todo o trabalho. Assim, pela primeira vez, eu percebia a existência do fazer partilhado, da permissão e solicitação do estar junto, enfim, uma relação constituída. Essa atividade também foi a que mais tempo levou para ser feita. Num certo momento, o pintar e repintar essa tela fez-me lembrar e falar do desejo de dar vida a suas obras, como Michelangelo, ou da cor da pele para Da Vinci. A impressão era de que S.G. buscava a perfeição. De fato, é assim que vejo essa atividade, não como perfeição ideal, mas como a da condição humana, onde o quadro não foi acabado e contém simbolicamente a repressão. Neste sentido: perfeição!

O Outro: modelo para muitos outros

Levando ainda em conta, principalmente, a constituição do caminho associativo entre atividades, trabalhava em S.G. como se as figuras que apareciam em seus trabalhos fossem, antes de mais nada, personagens. Personagens de uma história que, construída a dois, pudesse começar com: “Era uma vez...” As figuras e os fatos eram tratados como não tendo um lugar definido no tempo e no espaço (pois assim eram apresentados), a não ser aqueles que eram os dos nossos encontros. Esse era o espaço e o tempo da história que, por exemplo, podia começar assim: “Era uma vez um personagem que apareceu num palco e que..., depois, então, descobrimos que

se chamava S.G.”. A história desenhada, pintada, esculpida, criada e contada, durante uma relação terapêutica, tinha como sustentação o campo transferencial. Portanto, podia-se esperar que após associações e significados a terapeuta fosse nesse tempo e espaço, o sujeito da transferência.

Quando S.G. trouxe de casa para a terapia as figuras de mulher que se pareciam comigo, não tenho dúvida em determinar como a mais expressiva ocorrência transferencial desse processo terapêutico. Ele já havia associado a mulher-peixe com a mãe (página ___) e as sereias como fazendo parte da busca de “conhecimento de mulheres” (página___). Quando traz os desenhos parecidos comigo, eu tinha de reconhecer, sobretudo, que a mulher “não-mãe” estava identificada. Procurei então me colocar também no lugar do personagem e denominei-me de modelo (página ___). Lembro que no episódio anterior a esses desenhos S.G. havia deixado a colega na porta do cinema, por não querer ou não poder transar com ela. Aceitar, então, ser “objeto de estudo” e objeto de transferência pareceu-me, na ocasião, a melhor conduta. Dessa maneira, eu, mulher desenhada, posso ser vista como objeto transicional, possibilitando, como mulher “não-mãe”, ser para S.G. a porta aberta para outras mulheres. Eis o exemplo da terapeuta ocupacional como termo médio da busca de significados do paciente. **Hoje continuo percebendo que como termo médio, uma terapeuta ativa, empresta-se para conhecimento, mas afirmar que a mulher desenhada é um objeto transicional é no mínimo uma ousadia no uso do papel de seda; isto é, uma cópia na superposição dos aportes experimentais de Winnicott.**

Quando Winnicott experiencia e transmite, que com as crianças e psicóticos há um proceder terapêutico que se estende a todo *setting*, a maternagem. Esse conceito apoiado pelo de transferência positiva, é para mim o núcleo central da relação triádica e condição que cria espaço para o terapeuta como termo médio, também como ocorre com as atividades.

A maternagem já não é o núcleo central da relação triádica e nem sequer assim é a transferência. Um movimento de ação e reação é o determinante da dinâmica relacional entre os três termos da terapia ocupacional. Isto porque ao se enfatizar o fazer, o realizar atividades, tem tanta relevância em terapia ocupacional e está tão impregnado da realidade externa que valorizar mais o interno, de pronto desqualifica essa forma vital da profissão. É só ler minha frase em seguida para verificar meu equívoco anteriormente. Alias, denomino de equívoco, pois parece que nem eu mesma me lia com atenção, senão não teria me mantido tão próxima a Winnicott...

Minha atenção está sempre voltada para a possibilidade de colocar-me diretamente em relação ao que o paciente faz. No caso de S.G., foi com

tranqüilidade que me vi objeto nas atividades, e como tal associo-me ao ser também, estudo e conhecimento. Como parte do *setting*, também termo médio, a terapeuta ocupacional busca o sentido de educar e de construção em Freud. Produções concretas. Como a realização de atividades, sustentam o desenvolvimento da subjetividade, no sentido da organização e fortalecimento do ego.

Induzir ao sentir e ao se relacionar é a melhor forma de manejar o campo transferência da terapia ocupacional. Observem que não digo o campo transferencial na, mas da terapia ocupacional, porque descobri que não posso observar este campo como um psicanalista e que a transferência positiva permite um trabalho com a realidade do fazer de forma mais adequada do que a neurose de transferência.

Winnicott, toma o *setting* da terapia ocupacional como o do contraponto da neutralidade da psicanálise, isto é, nada é neutro. Nisto concordo com ele e além disso, observo que “as transferências”, não se apresentam da mesma forma ou com o mesmo nível de intensidade. Enquanto, na psicanálise, a transferência é provocada, podendo ser denominada de neurose da transferência, no contexto de um procedimento terapêutico-ocupacional-educacional-pedagógico, ela acaba por tornar-se um dos elementos do enredo de histórias. Nesse nosso espaço, o conceito de “transferência leiga” demonstrada e exemplificada por Freud como a de um professor, deve ser considerada, e uma boa forma de trabalhá-la é fazê-la sintaxe da narrativa instrumentada pela relação de trabalho e produção.

Quando estudava com di Loreto, ele dizia que não importava muito como os pacientes nos chamavam, a não ser para saber com “quem” eles estavam realmente falando. Nós, terapeutas ocupacionais começamos a ser chamadas de tia (o mais impessoal que existe para mim), amigas, professoras,... até mãe. O interessante é observar os atos falhos. Neles somos tudo, uma rede social e o melhor é que o nosso ser terapeuta ocupacional já provoca isso.

Essa enorme possibilidade de deposição de transferência, no nosso *setting*, onde os corpos se tocam e são tocados e com a intimidade no trabalho, como parte da técnica, me faz estar sempre preocupada com a formação profissional.

Allué escreveu: *“Os terapeutas ocupacionais me ensinaram muitas coisas marcantes para as principais etapas desta experiência. A profissão deles me fascinou desde o início. Eu ignorava a existência deles antes de me beneficiar de seus serviços; o contato deles tinha também o atrativo da novidade. As qualidades de um bom profissional desta área é a genialidade, a habilidade manual, a pedagogia e a paciência. Todos aqueles que conheci as*

possuíam. Suas atividades são múltiplas, mas o objetivo central deles é, entre outros, de ensinar ao doente a se virar com capacidades físicas debilitadas ou reduzidas. Eles são entre outros constantemente encarregados da reeducação das extremidades dos membros superiores, na medida em que eles constituem um obstáculo motor nas realizações humanas. Em contrapartida, o aumento da força e da mobilidade é confiada ao fisioterapeuta.

Quando as lesões apresentam um caráter irreversível, como é o caso de um paraplégico ou um amputado, o trabalho deles consiste em ensinar o paciente a realizar as atividades do cotidiano sem o auxílio do membro inutilizado ou tirando o melhor proveito possível do que resta dele... Circular em cadeira de rodas, vestir-se, comer ou cozinhar somente com uma mão são os exercícios habituais desta seção. As pessoas alheias a estes problemas geralmente pensam que esta ciência nos é intrínseca, mas raros são aqueles que obtém resultados sozinhos, pois isto pressupõem um grande gasto de energia. Os terapeutas conhecem inúmeros casos, e propõem meios jamais imaginados. Eles facilitam a difícil tarefa de evoluir num mundo feito para as pessoas sadias. Eles oferecem soluções muito simples, mas astutas, para economizar esforços ao doente e sua família.

Quando a alta definitiva é anunciada, o terapeuta analisa com o paciente as mudanças que devem ser empreendidas na sua casa no caso de limitações graves. Ele dá conselhos a respeito da disposição da mobília, sobre as possibilidades de modificações nos acessos a casa, ou sobre os instrumentos que devem ser comprados, ou trocados, para estarem mais cômodos quando as mãos estão arruinadas. Cá está o que eles fizeram nos seis primeiros meses depois da minha alta. Eles me ensinaram a me vestir, a tomar banho, e a tirar proveito do meu tempo livre em casa.

No contato com os terapeutas ocupacionais e seus pacientes, constatei uma falta de recursos humanos e a ausência de uma boa infra-estrutura de assistência, de organização e de meios onde especialistas, em número insuficiente, tem que improvisar, através de boa vontade. Os limites para o exercício de seu trabalho são enormes. Pouco pessoal, e raros meios materiais. Uma grande parte dos aprendizados que requerem um grande leque de objetos, como por exemplo, o banho e a cozinha têm que ser simulados. Na sala falta um local reservado a seus exercícios, e o pessoal simula mostrando os utensílios num catálogo. E como os estabelecimentos que propõem este tipo de artigos não as expõem, os inválidos se vêem sujeitos de compra-los praticamente às cegas. Como nem todos podem pagar estes auxílios técnicos, os terapeutas ocupacionais se esforçam em produzir objetos mais simples a custos mais baixos, na espera de uma subvenção. Eu vi fabricarem pinças de linho destinadas aos doentes sem força nos dedos,

escada de cordas para se elevar e suportes para poder descascar certos alimentos somente com uma mão. Se não for possível de outra forma, eles se arranjam para que o paciente tire partido dos utensílios normais”²¹.

Se a Terapia Ocupacional antes tomava providências técnicas no sentido de minimizar sintomas de doenças, era fácil pensar em reabilitar uma mão ou fazer trabalhar apesar do delírio. Não só nós aqui no Brasil, mas também os colegas na Espanha já alteraram o paradigma de apoio à saúde. Aliás, melhor dizendo, as saúdes, não por analogia às doenças, mas por serem elas tantas quantas são as pessoas, e são essas que assistimos.

Para mim, está na condição humana: o que há de diferença ou falta é a condição para o equilíbrio e cura.

Para dar conta de toda assistência que a terapia ocupacional pode e deve propiciar, só sendo como diz Allué, uma especialista e muito ativa.

Uma terapeuta muito ativa

Para Perrier, “falar da terapia de um esquizofrênico é talvez, antes de mais nada, pretender pôr a nossa assinatura sobre uma imaginária reconstrução da enfermidade, através dos fantasmas simbolizados e portanto protetores que tivemos que criar, para permanecer sendo nós mesmos, o portavoiz, que queremos ser, dessa pessoa que não fala a ninguém”²². Perrier está falando nesse momento, da criação dos fantasmas simbolizados na criação que se dá através da nossa contra-transferência. **Mas, logo acima Allué fala da mesma coisa, talvez em termos do seu “vício”, a antropologia. O que é mais interessante que uma paciente da área física demonstra uma clara transferência positiva com suas terapeutas e essas agem sobre a contratransferência para encontrar soluções para o cotidiano de seus pacientes. Aqui definitivamente começa a clínica da terapia ocupacional generalista e independente da área médica.**

Creio, que em muitos momentos desse processo terapêutico, o leitor pode reconhecer a força da contra-transferência como fator de integração. Entretanto, quero ressaltar a situação ocorrida quando S.G. termina o trabalho do “homem frente à TV” (Figura 7).

Habitando-se aos comentários sobre seus trabalhos, S.G. fica numa atitude de espera para que isso ocorra frente à Figura 11. Fico primeiramente em silêncio. Busco em mim algo diferente, complementar, ou a justificativa para o meu sentir que o “homem sentado na cadeira tinha acabado de se masturbar”. Nada encontro, além dessa “forte impressão” que não dá espaço

²¹ ALLUÉ, M. *Sauver as peau*. Ed. Seli Arslan, 1996, p.112-118.

²² PERRIER, F. – *op. cit.*, p. 440.

para qualquer outro tipo de pensamento ou elaboração. Lembro-me que após ter decidido falar dessa minha “impressão”, a preocupação voltou-se para que a forma de expressar-me não fosse, para ele, uma violência ou um simples corte. Foi então que tomei o cuidado de dividir a apreciação em dois aspectos: inicialmente falando da pintura em si e depois do que havia sentido.

Este exemplo, onde o sentir do terapeuta determina o próximo passo no processo terapêutico, fez-me novamente lembrar Perrier, quando fala da contra-transferência na terapia de psicóticos: “Essa atitude ativa, quaisquer que sejam as suas modalidades, é antes de tudo uma reação compensadora a tudo aquilo que desde a posição esquizofrênica é frustrante para o outro. Pois, visto que, a mais imediata reação humana ante a enigmática abertura de um silêncio – inclusive se esse silêncio é verborragia – consiste em buscar compreender – ‘buscar o contato’, portanto, em projetar o próprio modo de compreensão e de expressão aí onde espontaneamente não aparece como indução à sua simples resposta”.²³

Se antes a Terapia Ocupacional era definida no seu todo como método ativo (desde Simon, 1927), era apenas por causa do “recurso trabalho”. Muitas vezes mostrei a dificuldade de se encontrar também um lugar ativo para a terapeuta, além daquele que tinha o ensino como função. Penso que é no campo transferencial que o terapeuta ocupacional pode tornar-se plenamente ativo, sendo sua contra-transferência também instrumento de acesso para o paciente psicótico ao “mundo do sentir”. Há, porém, o risco de se confundir o que é da ordem da contra-transferência com uma opinião ou um palpite, como agimos em casa ou com o amigo íntimo. Novamente retorna a preocupação com a formação da terapeuta ocupacional.

Por isso é preciso complementar o pensamento de Perrier com o de uma terapeuta ocupacional. Ela é uma presença muito ativa em todas as áreas que trabalha. É muito diferente ver o mundo distorcido e ficar torto ou apenas querer endireitá-lo, do que transitar pelo mundo do sentir como a via de acesso para a construção ou mesmo reconstrução. Se uma terapeuta ocupacional pode perceber o que aqui está e tudo que nos aporta Allué, saberá que é na dependência de sua forma de relacionar-se que se encontra a introdução das providências que sua profissão pode abarcar. Ela deverá então saber o sentido que sua ativa presença promove no reconhecimento do desejo e da necessidade.

A qualidade primordial da terapeuta ocupacional está no olhar. É através da observação de gestos, ações e atitudes que ela demarca os espaços passíveis de serem preenchidos. O olhar procura informações, elos e ligações,

²³ PERRIER, F. – *op. cit.*, p. 440.

afere resultados. Estes, medidos não só pelo que se pode ver, mas principalmente, pelo que nos é contado ou repercutido do cotidiano do sujeito no seu meio. Antes de medir o resultado do que se pode ver acontecer na terapia ocupacional e o que se pode saber de sua repercussão fora dela é preciso conhecer onde ela ocorreu.

O Setting de terapia ocupacional

Considero que a mais bonita, verdadeira, poética e científica descrição de espaço de terapia ocupacional que já li é a da antropóloga Marta Allué. Além de homenageá-la é preciso agradecer-lhe por ter introduzido, através de sua história, a Terapia Ocupacional em seminário na Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais, durante meu estágio de pós-doutorado em Paris.

Ei-la: “Descer na terapia ocupacional, ao subsolo, foi uma das minhas primeiras atividades fora do andar, foi lá que estabeleci os primeiros contatos com meu novo universo, aquele dos deficientes físicos. (...) Como diz meu amigo Paki, a sessão de terapia ocupacional é o ‘clube’. Eu fui fiel durante dois anos, e acabei por lamentar o dia de minha partida. A sala encontrava-se na masmorra, nos confins do hospital. Apesar disto nenhum dos antigos pacientes deixa jamais de ir até lá cumprimentar ‘o pequeno mundo’ quando eles vêm para uma visita. É um verdadeiro forra-tudo, às vezes fundo de loja, celeiro, sótão, ateliê de pai, sede de terceira idade, sala com bancos-leito, campo de exploração, casa de jogo e salão de ensaio; onde se encontra milhares de coisas a fazer. Alguns ignoram o que se faz na sala e para que serve. E se alguém explicar que também se faz omeletes de batata, o mistério aumenta. O ambiente descontraído é sempre mantido e, mesmo que um visitante ocasional se surpreenda, ele é sempre agradável para se familiarizar.

Foi na terapia ocupacional que comecei a rir de coração, a fazer humor negro à custa dos manetas ou coxos e fazer amizades com pessoas de todas as idades, sexo e condições. Vi desfilar uma dezena de doentes, e todos sorriam pelo menos uma vez, mesmo que suas histórias pessoais fossem espantosas. Nós falávamos sem parar, durante os exercícios, apesar de nossas afasias, canos de traqueotomia, desordem de linguagem causada por traumatismos cranianos ou simplesmente pela timidez. A gastronomia, as crianças, as festas e ‘O que você fez ontem?’ eram os assuntos principais de conversação. Ainda havia também os elogios ou caçoadas inofensivas sobre as nossas modestas obras de arte. Tapetes, cestos, esboços de simples figuras de massa de modelar feitas por nossas mãos de amadores desajeitados são como troféus. A sessão não parece em nada à sua intitulada barbárie. Havia sempre alguém de fora para fazer a maldade de dizer ao entrar: ‘Então, se

divertindo?’. A frase desagradava a todos, principalmente aos três especialistas que lá trabalhavam.

Em terapia ocupacional, os doentes, como a equipe, foram para mim uma fonte de milhares de ensinamentos. Aprendi, de início, a observar comportamentos, e também a respeitá-los. Por ‘deformação’ profissional – como antropóloga pude ordenar, classificar e interpretar minhas observações, mas também pude, pouco a pouco, ganhar a confiança de meus companheiros de infortúnio, os mais traumatizados, sobretudo os jovens. Ter trabalhado durante dez anos com adolescentes me ensinou a adorá-los, mesmo que eles me fizeram passar por tudo durante o curso. Não sei se eles me apreciam, ou se eles se contentam em me suportar, mas, francamente, isto passou, e agora, começo novamente a passar bons momentos com eles, apesar de tudo que me fizeram passar no colégio.

Na terapia ocupacional, eu me reconciliei, parcialmente, com os adolescentes que foram acertados em cheio pela violência da estrada. Eles conservam apesar de tudo o senso de humor e uma certa timidez regada de respeito pelos ‘fósseis’. Nos primeiros meses de minha estadia em Tarragone – alguns desses adolescentes sofriam de traumatismo crânio-encefálico (TCE) em consequência de acidentes nas estradas – eram para mim (eu devo reconhecer, para minha vergonha), fonte de reconforto, de energia e de distração. Alguns pensarão que rir ‘de’ mas ‘com’ um TCE é grotesco. Eu não acho. Sorrir junto não pode nunca fazer mal, principalmente em tais circunstâncias. Eles fazem parte de um mundo fascinante, totalmente novo para mim. Seguir suas saídas de longos comas amnésicos, ver, pouco a pouco, aflorar suas personalidade escondidas, tem efeitos francamente estimulantes.

As pessoas próximas destes doentes dizem que ‘eles não são mais como antes do acidente’, mesmo que retomem a maior parte de suas capacidades perdidas no asfalto. Nem poderia ser de outro modo, mesmo se for muito difícil de aceitar, seus pequenos progressos e suas provas de lucidez tornam mais suportáveis as seqüelas psicológicas. Conheci todos os estágios, desde aqueles que chega com olhar de zumbi, até aquele que sofre de um distúrbio de linguagem que uma correção ortofônica pode eliminar”²⁴.

De outro lugar e com o compromisso profissional – **a sala de terapia ocupacional é um espaço para receber**. Por ter esse objetivo deve conter antes de tudo, objetos de quem recebe. Sua construção e organização devem estar a gosto da terapeuta que a ocupa, mas preparada para receber alguém de passagem e que se espera daí muito levar.

²⁴ ALLUÉ, M. *Sauver as peau*. Ed. Seli Arslan, 1996, p.112-118.

Esse local de múltiplas atividades poderá ser usado e tudo que lá se encontra à maneira e necessidade do seu hóspede. É um lugar para construir e desconstruir; que não de a perceber que está pronto e nem em que base se sustenta, para que o passageiro possa ter na sua passagem um lugar seu, escolhendo o canto e a forma para fincar sua base. Depois, ao reconhecer essa base, possa com ela partir e fincá-la em outros terrenos. Essa base nada mais é que a construção de um cotidiano, desenvolvido através da rotina que esse campo propicia.

A sala de terapia ocupacional tem materiais e atividades e não só para e do paciente, mas da terapeuta também. Atividades que usa, decora e desenvolve, inventa e cria também para uso e cuidado com o paciente.

Esse *setting* comporta atividades acabadas, inacabadas, abandonadas, destruídas, trazidas de fora, presenteadas e muito mais, com a finalidade primeira de receber quem lá quer estar, da forma como pode e depois serem todas elas resgatadas na composição de uma narrativa.

Este espaço aberto “internamente” para receber só se completa se o mantivermos sempre aberto “externamente” para estimular o partir. Sair deve ser uma das atividades previstas como todas as outras no MTOD. As atividades sociais em geral fazem parte programática da construção de cotidianos, assim como receber, desde familiares e amigos, principalmente.

Entrar e sair, como o de dentro e o de fora são em terapia ocupacional os termos de um jogo dinâmico que com humor, dor e construção deixa-nos a herança de uma história ilustrada por atividades. Ao contrário de estar na masmorra e ser pobre, a sala de terapia ocupacional deveria ser de fácil acesso e muito rica de recursos tal como é a promoção de saúde, a construção em cotidianos e o estímulo à integração do indivíduo e entre indivíduos.

A continência que uma terapeuta ocupacional pode exercer no seu setting, para mim hoje não pode ser exercida pela maternagem psicanaliticamente descrita por Winnicott, há uma produção a se levar em conta, o que altera a relação nucleada pela maternagem. Entretanto como base teórica no ensino do MTOD, não esse autor de psicanálise mas muitos outros são estudados.

Objetos nem lá, nem cá

A medida de eficácia do caso S.G. no *setting* da terapia ocupacional, por ser puramente qualitativa, pelo menos até aqui, deriva-se da narrativa histórica.

Quando S.G. fala de sua moto, tenho a impressão de que ela é uma parte do seu próprio corpo (página___). Por outro lado ele desloca para a camiseta,

objeto que pode ser facilmente trocado e que se encontra fora dele, o incômodo olhar das pessoas sobre ele (página ____). Na relação com os colegas da faculdade, S.G. fala de “um saber de bom aluno”, que é a via de acesso para relacionamentos (página ____). A fim de poder lidar com a angústia, objetos concretos como a moto e a camiseta, ou mesmo subjetivos, como o saber, são usados por S.G. num contexto mágico, servindo de elementos de aproximação entre mundo interno e mundo externo. Resgatar esse tipo de ocorrência é também nosso objetivo para a constituição de um método terapêutico.

Acredito que os trabalhos escolhidos para ilustrar o processo terapêutico de S.G., na sua totalidade, demonstram uma atividade criativa e uma possibilidade crescente de compreensão do seu processo de subjetivação. Se tomarmos, por exemplo, o desenho da “mulher-peixe” (Figura 8) e compararmos com a figura da “mulher na praia” (Figura 17), podemos observar que ambos têm como cenário a orla marítima, e poderíamos supor até que deve haver uma relação entre elas. Entretanto o que importa aqui é poder perceber o caminho trilhado. A “mulher-peixe” é feita sem que S.G. saiba seu significado, enquanto a “mulher na praia” é feita para contar uma história, onde é possível perceber uma relação de objeto. Espero que, no relato do caso, na distância temporal entre estas duas figuras femininas, seja possível perceber o caminho da composição das relações de objeto.

As atividades expressivas, como desenho, pintura, escultura, etc., caracterizam-se pela reprodução, voluntária ou não, de elementos do mundo interno, na realidade externa. Com isso, além de proporcionar a observação dos fenômenos transicionais, permitem que tanto o conteúdo expresso como processo de realização dessas atividades possam ser usados como elementos componentes da “área intermediária da experiência”. A proposta de associar um desenho a outro, para possibilitar a significação, é um exemplo de trabalhar com o conteúdo na zona intermediária. A articulação do “homem que espia” com o “cigano que olha” faz parte de uma brincadeira, onde quem está fora conta a história para alguém que, por estar dentro, não enxerga. Como também o que é feito e sua forma de fazer, por ser sugerido, solicitado, mostrado e até ensinado, acontece na intercessão “do dentro e do de fora”.

Não é comum que outros tipos de atividades, como as ditas “estruturadas” – as que antes de mais nada têm regras delimitadoras de sua realização – do gênero confecção de atividades artesanais, manufaturas, trabalhos de oficina e marcenaria, etc., sejam também objeto de estudo dentro dos “fenômenos transicionais”. Para mim, entretanto, quando S.G. redecora seu quarto os objetos são planejados, construídos e utilizados para, além de trazer concretamente conforto e beleza, possibilitar a estruturação e

valorização narcísica e desempenhar a função de reparação e delimitação espacial, principalmente entre seu quarto e o do outro. Creio que não foi por acaso que, com a redecação do seu quarto, S.G. pôde perceber que sua mãe era intrometida (página ____). Vejo então que qualquer tipo de atividade pode ser usada como instrumento terapêutico, desde que possa ser compreendida como instrumento para composição do campo transicional, que, como sabemos, implica uma relação transferencial. Quanto a esta relação, gostaria de particularizar um exemplo: S.G. e eu nunca chegamos a fazer ou comer nenhum tipo de alimentos juntos. Entretanto, acredito que a nossa “atividade de conversar e escrever receitas que ele mesmo poderia fazer” foram significativamente modificando seus hábitos alimentares. A obstinada seleção alimentar que fazia, através do “nem experimentar para ver que gosto tem”, pareceu-me sempre estar relacionada com a situação de “beijar o cangote da mãe enquanto cozinhava” (página ____). Acredito que a partir da relação transferencial comigo, incentivado pelos prazeres das viagens através da culinária, ele pôde começar a saborear sua própria arte.

Há neste caso tantos elementos associativos desenvolvidos por S.G. que agora, nesta revisão, querendo acrescentar novas elaborações das técnicas de terapia ocupacional, vejo o quanto estive atada pela busca do entendimento psicanalítico. Será que se estivesse mais atenta a questões do afeto e desafeto quando olhávamos para a mulher peixe e a mulher da praia como parte da subjetivação do afeto não estaria ajudando mais S.G. na sua vida de relações? Penso inclusive que não estive tão limpa para olhar as associações entre paciente, terapeuta e atividades, porque estava induzida naquele momento pela busca de explicações teóricas na psicanálise.

Nestes últimos anos muitos são os casos que tenho atendido como este e apesar de compreender a existência de um campo transicional, a construção dele não é objeto e objetivo do meu método. Sei que este campo está lá!

Pena que nem todas as terapeutas ocupacionais tratam de pacientes como primeira providência de cuidados. No geral a terapia ocupacional é uma providência requerida, quase sempre como último recurso e sendo assim, principalmente na área da Saúde Mental, os nossos pacientes quase sempre já estão cronificados; e se não pela doença, pelo tipo de assistência que tiveram anteriormente.

Na minha clínica os casos que tiveram desenvolvimento semelhante ao de S.G., foram os que atendi antes dos “defeitos” ou pacientes da área física, tratados é claro sem divisões físicas e mentais.

Atividades de lá e de cá

As atividades estudantis e profissionais desenvolvidas por S.G. durante seu processo terapêutico, foram as que privilegiei entre as muitas que caminharam de dentro para fora (e vice-versa) do nosso *setting*.

É necessário considerar que a simples introdução de uma atividade num procedimento terapêutico se faz acompanhar das várias dimensões da realidade social. As atividades inferem o fazer e todo fazer na sociedade suscita uma expectativa sócio-econômica. É com a força da realidade social que as atividades introduzem, enriquecem e sustentam essa dimensão no *setting* da terapia ocupacional. Dar importância a este aspecto reafirma o valor das atividades como instrumento capaz de transitar livremente entre o “de dentro” e o “de fora”.

Acredito que o conteúdo transferencial observável, na escolha das atividades profissionais de S.G., permitiu-me aproximar o trabalho como função sócio-econômica, como elemento de elaboração intrapsíquica. Como é possível saber através do relato do caso, S.G. solicitava minha participação direta nessas atividades. Ora subjetivamente, como objeto de identificação, ora concretamente, emprestando livros ou tirando dúvidas de aspectos mal compreendidos na escola (página ____).

Tomando essas atividades como integrantes da relação triádica apesar de serem realizadas fora, ao serem levadas para o *setting* terapêutico procurei utilizá-las como uma ponte entre a construção pessoal, dentro do *setting* terapêutico, e as relações desenvolvidas na sociedade. Foi a dedicação e o entusiasmo de S.G, pelas atividades estudantis e profissionais que me permitiram, com certa tranquilidade, ocupar o espaço daquele que poderá ser o primeiro objeto de identificação para S.G..

Por outro lado as atividades profissionais mantidas como elementos do “entre a realidade social e a realidade interna”, trazem para nós, terapeutas ocupacionais, uma importante vantagem. Podemos desobrigar-nos da árdua e pouco vantajosa tarefa de sermos os direcionadores e reformuladores diretos da vida profissional do paciente. Não é mais necessário que ocupemos o espaço tradicionalmente definido de “agentes terapêuticos”. Afastar o caráter ideológico de “adaptadores ao sistema social” permite-nos uma delimitação profissional menos conflituosa com as demandas pessoais. Não há, portanto, a necessidade de buscarmos uma atividade que dará ao paciente um novo status social, ou de adaptá-lo profissionalmente para que seja considerado “não louco”. Nosso objetivo é, antes de mais nada, criar elementos possíveis de integrá-lo, através de seus próprios recursos, à realidade social. Acredito que tal questão não seja só relevante para a terapia ocupacional em Saúde Mental,

mas para qualquer área em que ela atue. Tal verdade existe desde que possa compreender que, durante um processo terapêutico, a importância das atividades do trabalho e do lazer, assim como do próprio terapeuta ocupacional, estão antes de mais nada a serviço do **bem estar** físico, mental e social do paciente, construtor legítimo do seu cotidiano, delineado através da rotina complexa, mas espero, salutar da terapia ocupacional.

PESQUISANDO OU INVESTIGANDO

Logo que me formei, estava muito desanimada com a Terapia Ocupacional. Poucas eram as colegas, antes formadas e quase não tinha com quem estudar, trocar idéias ou experiências. No Natal de 1971, demonstrava minha tristeza e preocupação dizendo a minha mãe que minha profissão não existia. Sua resposta imediata de historiadora, com o entusiasmo de sempre foi: “Ótimo, então, faça-a existir, escreva a sua história”. Frase ambígua! História de quem ou do quê?

A mistura e as interligações de histórias, neste livro, dizem da “palavra da mãe”. Será ela análoga a “palavra do pai”? Para mim sim.

Penso que é uma necessidade urgente que a terapia ocupacional seja analisada, testada e medida, para dar continuidade à sua história. É preciso determinar e delimitar sua ação e eficácia, mas não posso dizer só - cientificamente - pelo medo que tenho de afastá-la da arte e da poesia que seus procedimentos devem conter. Arte e poesia que devem ser espalhadas na construção de cotidianos.

Alguns temas necessitam de pesquisas mais que outros. Eles têm me parecido ser focos emergenciais, e só como objetos de pesquisas poderão realmente ser estudados, e com o propósito de afastar os aspectos polêmicos que os rodeiam.

As pesquisas às quais me refiro são as de campo. A Terapia Ocupacional é uma profissão que se constituiu e vem sendo construída na interseção de campos de conhecimento diversos. As teorias da técnica da assistência em terapia ocupacional transitam entre os campos da Saúde, Educação, e nas áreas das Ciências Sociais.

Felizmente, algumas terapeutas ocupacionais mais jovens têm atentado para isso e suas pesquisas têm sido apresentadas demonstrando um esforço exemplar de tenacidade e disciplina ao investigar a terapia ocupacional, quase sempre em programas de pós-graduação de áreas afins. Quero, entretanto, reforçar a “palavra de mãe”, desejando que outras dêem continuidade ao que temos começado.

Hoje o Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, CETO, tem o núcleo central de estudos em terapia ocupacional que é a clínica. Esse núcleo tem uma subdivisão que é a da especialização e a da pesquisa. Em ambos os grupos de estudo de teorias acontecem via seminários. A prática na especialização é estudada através da supervisão de caso clínico

e a pesquisa pela construção e orientação de projetos de investigação em terapia ocupacional. A linha de pesquisa escolhida pelo CETO é nomeada no currículo Lates: Estudos Epistemológicos e Clínicos em Terapia Ocupacional.

O grupo, a análise de atividades e a bibliografia, são temas que introduzo na expectativa de motivar estudos mais disciplinados e aprofundados em terapia ocupacional.

O quarto termo - grupo de terapia ocupacional.

Toda a ênfase do meu trabalho está na dinâmica de uma relação triádica que ocorra em um *setting* significativamente marcante, que possibilite ser ao mesmo tempo espaço de produção e construção interna e externa do indivíduo. Bem, e como se introduz o atendimento em grupo nessa terapia ocupacional?

A solução do grupo como o quarto termo a ser acrescido a relação triádica, é em princípio óbvio, mas nem fácil nem simples.

Retomando a história da Terapia Ocupacional observamos que mesmo antes da profissão e provavelmente porque o trabalho, ou ocupações eram desenvolvidos em “oficinas de trabalho”, os indivíduos eram nelas agrupados. Mesmo quando os trabalhos eram feitos em etapas ou seriados, os agrupamentos eram organizados principalmente em função da produção.

Isso não ocorria só em instituições psiquiátricas, mas também em centros de reabilitação com deficientes físicos, nas oficinas de reabilitação. Estudos de Grupos tanto do ponto de vista sociológico, como psicológico, foram intensivamente realizados a partir da década de cinquenta, sem terem sido acompanhados pela terapia ocupacional e em nenhuma de suas áreas de ação. Foi na década de setenta que Fidler e Mosey, começaram a analisar os grupos em terapia ocupacional, mas ambas, através dos pressupostos teóricos da Psicologia. A primeira fundamentando-se na Psicanálise e a segunda em conceitos da Psicologia Comportamental. Nos idos de oitenta, os pressupostos conceituais para análise dos grupos de terapia ocupacional passaram a ser realizados também através de conceitos das áreas socio-econômicas-culturais.

O que percebo hoje, quando participo de avaliação de projetos e teses, que as pesquisas sobre grupos de terapia ocupacional, ainda são realizados pressupondo teorias de áreas correlatas para análise. Creio que existe até um equívoco ou uma precipitação, pois no geral não se usa uma metodologia de pesquisa para estudar os grupos de terapia ocupacional, mas sim uma teoria sobre grupos para analisá-los.

Isso ocorre pela não existência de categorias de análise dos grupos de terapia ocupacional. Será então, que a nossa verdadeira pesquisa de campo não seria estabelecer e organizar essas categorias? Será que não teríamos que usar a mesma disciplina nos procedimentos de pesquisa que as demais áreas, onde esse objeto tem sido estudado?

Como penso que sim, a receita é pesquisar grupos de terapia ocupacional a partir da investigação de “fatos” ou “fenômenos” com ocorrências comuns na clínica.

Foi através da Psicologia Social que aprendi a observar grupos. Na década de 1970, ainda sem conhecer os trabalhos de Mosey, as observações que fiz dos grupos de terapia ocupacional fizeram-me perceber duas ocorrências que denominei de grupos de atividades e atividades grupais. Jamais tive a pretensão de só através das minhas observações, sem pesquisá-las, denominá-las de técnicas de terapia ocupacional. Aliás, diga-se de passagem, estudar grupos não tem sido meu interesse pessoal maior, mas quero muito ser uma participante nessas investigações. Como gosto muito de terapia ocupacional, da sua aplicação, estudo e pesquisa, acabo por observar também alguns aspectos sobre seus grupos.

É dentro desse enquadre que observo o grupo como o quarto termo numa relação em terapia ocupacional. Para a relação triádica proponho que se trabalhe a dinâmica das ocorrências entre três termos terapeuta-paciente-atividades. Essa dinâmica, contratualmente (o contrato de terapia ocupacional é estabelecido através do propósito de fazer atividades), é sustentada pela dinâmica da confecção ou realização de atividades. Para se saber do grupo em terapia ocupacional é preciso então acrescentá-lo como o quarto termo e verificar o que acontece. Esta receita para pesquisa não tem sido usada. Será que existe nela algum equívoco que não consigo ver?

O quarto termo para mim é, em princípio, o termo que circula pelo que é aberto no setting da terapia ocupacional como: familiares, amigos, professores, patrões, membros da equipe terapêutica e etc. Por outro lado o quarto termo se define por caracterizar o social. De certa forma, esses são termos circulantes, enquanto que um grupo de terapia ocupacional é fixo. Isto para mim faz, teoricamente, muita diferença e creio que na prática também. Um dos aspectos que quero deixar como exemplo é que todas as vezes que organizei e atendi em grupo eles eram abertos, isto é, no popular vai quem quer. Como será para os pacientes estar com pessoas as quais não foram escolhidas para estar? Será que o estar em grupo não seria uma condição da terapeuta e que os demais membros, contratualmente estariam só se

quisessem? Fazer atividades, compará-las, analisá-las num grupo tenho certeza que é diferente e bom.

Na clínica, em um grupo de pacientes do ambulatório de doenças afetivas, eles eram convidados a estar comigo e eram livres para entrar e freqüentar ao seu prazer e necessidade. O mesmo procedimento usei com os pacientes dependentes. Pensando apenas na terapeuta gostei muito dessa forma de grupo. Tenho que anotar que todos os grupos clínicos que dirigi eram grupos que ocorriam em instituições.

Na formação, no CETO, por muitos anos coordenei os grupos de análise de atividades que eram fechados e além da riqueza do processo o que sempre me emocionou foram os depoimentos finais das alunas que se sentiam ali em terapia ocupacional.

Hoje esses grupos são coordenados pela especialista e especialíssima Sonia. Segundo ela que já escreveu bastante sobre o tema, a catarse, associações e insight tanto nos grupos clínicos como de formação dizem também da força do quarto termo na terapia do sujeito.

O que até agora sei é que não tenho encontrado pesquisas de grupos em terapia ocupacional que tenham se baseado em teorias de métodos da próprios da terapia ocupacional e que tenham esgotado a análise de seus pressupostos mesmo que eles se fundamentem, em princípio, uma relação dual ou triádica, como é o nosso caso.

Análise de atividades

Para começar quero repetir aqui uma frase da minha tese de doutorado - não vejo com um mínimo de utilidade qualquer coisa que se escreveu ou descreveu sobre análise de atividades, até hoje. Com esta frase estou criticando, também, a mim mesma. Acho que escrevi até agora pouco, sobre esse procedimento da terapia ocupacional. Posso, entretanto, novamente, dar mais um passo, através da tentativa de localizá-lo no MTOD.

Percebi que a minha dificuldade com qualquer tipo de análise de atividades estava, principalmente, no fato de que esse procedimento está previsto como uma técnica apriorística de análise a ser realizada pela terapeuta. Assim sendo, de acordo com o preexistido da patologia, dos sintomas, da maneira de se relacionar ou da capacidade ou da habilidade de um paciente, uma análise de atividades é realizada para que a terapeuta possa escolher e indicar uma atividade e ou projetar um tratamento. Esta aí a bobagem. **A análise de atividades deve ser localizada como técnica terapêutica, propriamente dita, sendo o seu procedimento partilhado**

dinamicamente com o paciente, e, para se aprender a fazer análise de atividades é preciso que terapeutas ocupacionais se submetam a tal processo.

Foi sobre o conceito de **trilhas associativas** que conclui que associar atividades entre elas, com seus personagens, objetos (nos dois sentidos), e pessoas é talvez a única forma dialética de procedimento, para a técnica de análise de atividades. Pode inclusive conter mais a “verdade”, por colocar uma relação a salvo de enganos e determinações, comuns no pré-julgamento.

Sendo coerente na profissão, quero deixar como pressuposto, para pesquisas posteriores, a hipótese de que **trilhas associativas** é uma técnica de análise de atividades. Para isso se faz necessário tratar as análises de atividades como um procedimento técnico único e específico da terapia ocupacional e partir em busca de indicadores e critérios de análise.

Comecei essa história pelo fim. Antes de concluir que as trilhas são uma técnica de análise de atividades eu já as tratava como tal. A disciplina Laboratório de Análise de Atividades do curso de especialização do CETO foi criada com o propósito de fazer com que terapeutas ocupacionais experimentassem o uso de técnicas. Após as **trilhas**, essa disciplina as estuda como técnica de análise das atividades, na realização para e com cada uma das alunas de uma trilha associativa.

Não há nenhuma diferença entre a proposta que faço hoje para meus pacientes, de analisar comigo suas atividades das que fazemos Sonia e eu, nessa disciplina, entretanto, é muito mais sofrido estar no meio do campo transferencial no laboratório do que na clínica. Sobre isso e com toda a descrição dos procedimentos desse laboratório, Sonia eu escrevemos dois artigos para o *Journal d’Ergothérapie*, (Masson, Paris).²⁵

Quero deixar como sugestão de pesquisa a qual gostaria também de ser participante, o estudo comparativo dos procedimentos e resultados de análises de atividades preliminarmente realizadas e processualmente propostas com a participação do sujeito alvo da terapia ocupacional.

Bibliografia

Com exceção de duas ou três, as demais dissertações ou teses em terapia ocupacional trazem a queixa de uma parca bibliografia, inclusive as minhas. Somos mentirosas. Existe uma boa quantidade de obras de Terapia

²⁵ BENETTON, M. J. e FERRARI, S. M. L. – **Pour la spécialisation dergothérapeutes en psychiatrie: une approche psychodynamique.** Journal d’Ergothérapie, Paris, 1989, 11, 2, 78-81

BENETTON, M. J. e FERRARI, S. M. L. TEDESCO, S. - **De la Spécialisation d’Ergothérapeutes en Santé Mentale.** Journal d’Ergothérapie, 1998, Tome 20, n° 3, p.113-116. Masson, Paris, 1998.

Ocupacional, em menor número é a qualidade. O que acontece é que todas nós queremos inventar a terapia ocupacional, pelo menos a do Brasil. Se por um lado isso é bom, por outro está deixando um rastro turvo no conhecimento.

Por ser uma leitora assídua de terapia ocupacional, tenho recebido várias obras (nos dois sentidos) de colegas e de outros, sobre vários temas que não consigo chamar de terapia ocupacional e mesmo os mais sérios. O que tem acontecido de fato é que no Brasil não se tem uma boa bibliografia sobre a Terapia Ocupacional.

Penso que é assim porque não se lê terapia ocupacional e isso começa na graduação. Existem onze números da Revista de Terapia Ocupacional (USP). No segundo ano do curso de graduação, pergunto aos alunos, quais já leram todos os números. Além de nunca ter tido uma resposta positiva, a maior parte deles nunca “nem viu”.

Sinto muito ter que dizer isso também dos profissionais. Para compor um memorial tive que ir a busca das referências aos meus escritos. Em princípio fiquei muito feliz com o número de referências, mas tive a curiosidade de ler os trabalhos e só posso concluir que é “chic” ou “é moda” me citar, pois poucos usaram meus trabalhos para estudar.

Então, apesar do título, era sobre estudo que queria lembrar neste sub tema. Um autor não existe sem leitor e sem autores nossa terapia ocupacional não será “criada”. Espero que os meus, os que gosto de ler e reler, vejam-se aqui, como gostariam de ser reconhecidos. Isto posto, o estudo que tal um levantamento sistemático das obras nacionais da Terapia Ocupacional? Ainda dá tempo, vamos lá!

Terminando

Na edição anterior usei a metáfora de Umberto Eco - “fazer uma tese significa divertir-se, e a tese é como um porco: nada se desperdiça”²⁶.

Escrevi - o porco deve ser comido aos poucos, porque sua carne é muito forte. Além disso, os salames e linguiças, as partes defumadas ou salgadas, são assim preparadas para serem por algum tempo conservadas e bem acompanhadas, podendo compor vários lautos jantares. Aliás, desde o momento em que o sangue jorra, pela facada no coração, temos de conseguir

²⁶ ECO, U. – op. cit., pág. 183.

acondiçioná-lo para fazer os embutidos, até o momento em que lavamos suas tripas com vinagre, para embutir as carnes moídas nesse processo todo. Há uma forma particular de degustar o porco. O horror, o nojo, a agressão, o medo, mas também o prazer e a criatividade compõem, de início, a mesa do gourmet que saboreia um “zampone”** cozido com lentilhas, ou uma “luganeghe” com polenta e “radicchio”.

Naquela ocasião usei queria usar essa metáfora para o trabalho com psicóticos, mas, não tive coragem.

Hoje quero que ela seja lida em analogia com a terapia ocupacional e a Terapia Ocupacional.

Para isso retomo do prazer e do gosto. Não pensem os leitores que fui em busca de livros de arte culinária, para propor formas de saborear um porco. A experiência vivida, quase como um ritual, transmitida de avó para neta, não podia deixar de ser lembrada ao ler a frase de Umberto Eco.

Imagino que quem já matou um porco e fez com ele acepipes, ou escreveu o primeiro livro, sabe do que estou falando. Para os que não tiveram ainda essa sorte, digo de sentimentos que vão do horror ao gozo.

Por outro lado, depois de degustar parte dos quase trinta anos de profissão, através do feliz encontro entre S.G. e eu, sinto muito, muito prazer em terminar estas **ATIVIDADES** descrevendo um dos tipos de atividade, a arte culinária, que por herança e por gozo faz parte, também, do arsenal da terapia ocupacional.

Que distração, a minha! Perdoem-me, senhores “gourmets”. A degustação do porco, mesmo servido com um bom vinho do norte, não identifica nenhum jantar simples.

Feita de muitas gemas de ovo, batidas com um punhado de açúcar, acrescida de leite gordo e fresco, e gotas de baunilha; cozida em forno brando no banho-maria, vocês acabam de saborear um “Fiore de Late”. Espero que tenham apreciado o estimulante café forte servido com digestivos amargos, secos ou doces licores.

E agora, posso convidá-los a bailar? Busquem seu par entre terapeutas ocupacionais, psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, assistentes sociais, sociólogos, filósofos, enfermeiros, antropólogos, educadores, professores, alunos, pacientes e muitos penetras.

A música já começou!

É só relaxar que acabaremos até formando um coro para cantar. E assim por diante, porque será com as **ATIVIDADES** que vamos continuar!

Jô Benetton, junho de 1999 e fevereiro de 2006

- * *Espécie de chouriço feito com sangue com miúdos do porco.*
- ** *Espécie de chouriço – usam-se partes do corpo para recheá-lo de carne de gorduro.*

BIBLIOGRAFIA

Parte I - Terapia Ocupacional

1. AZIMA, H. e WITTKOWER, E. D. – **Tratamiento de la esquizofrenia baseado en las relaciones objetales.** Argentina, *Acta Neuro-psiquiatrica*, 1958, 4, 2.
2. AZIMA, H. and AZIMA, J. – **The effects of partial perceptual isolation in mentally disturbed individuals.** Canadá, *Dis. New Syst.*, 1956, 17, 3.
3. AZIMA, H. and WITTKOWER, E.D. – **Gratification of basic needs in the treatment of schizophrenics.** Canadá, *Psychiatry*, 1956, 19-121.
4. AZIMA, H. and WITTKOWER, E.D. – **Anaclitic Therapy employing drugs. A case of spider phobia with Isakower Phenomenon.** Canadá, *Psychoanalytic*, 1957, 26 – 190.
5. AZIMA, H. and WITTKOWER, E.D.- **Object relations therapy in schizophrenic states.** Canadá, *Am. J. Psychiat.* 1958, 115:60 – 62.
6. AZIMA, H. – **Dynamic's Occupational Therapy.** Montreal, *Monograph Supplement*, Vol. XXII, 1961.
7. AYME, J. – **La rémunération du travail des malades hospitalises dans les Hospitiaux Psychiatriques.** *Revue pratique da vil sociale et l'higiene mentale*, n° 3, 1957.
8. BOURDINI, M. A. – **L'ergothérapie: un des cadre de jeu proposé aux patients psychotiques.** (1re. partie) *Journal d'Ergothérapie*, Paris, 1988, 10, 2, 60 – 64.
9. BOURDINI, M. A. – **L'ergothérapie: un des cadre de jeu proposé aux patients psychotiques.** (2re. partie) *Journal d'Ergothérapie*, Paris, 1988, 10, 3, 116 – 125.
10. BORDINO, R, GAMMA, G., GILARDI, A. – **Che cos é l'Arte Terapia?** Torino, ADEG, 1985, 98p.
11. BROUSTA, J. – **Expression et Psychose: Ateliers Therapeutiques d'Expression.** Paris, Les Editions ESF, 1987, 213p.
12. CECCATO, T. L., **Conexoes e Sentidos – Recorte de um processo de terapia ocupacional,** Revista CETO, ano 7 n. 8, 2002.

13. CERQUEIRA, L. – **Pela reabilitação em psiquiatria.** Da praxiterapia à Comunidade Terapêutica. São Paulo, 1973, 147p.
14. DALLEY, T. – **Art as Therapy.** London, Tavistock Publications, 1984, 209p.
15. DAUMEZON, G., TOSQUELLES, F., PAUMELLE, C.H. – **Organization Therapeutique de l'hopital Psiquiatrique – Ergothérapie, Socio Therapie.** Condiciones d'exercice de la psychiatrie, Organization Therapeutique de l'hopital psychiatrique, Paris, 1955
16. DENNER, A. – **Les ateliers therapeutiques d'expression plastique.** Paris, Les Editions ESF, 1980, 113p.
17. FIDLER, G. S., FIDLER, J. W. – **Occupational therapy: a communication prosses.** New York, Macmillan, 1963, 273p.
18. GANTHERET, F. E SIVADON, P. – **La rééducation corporelle des fonctions mentales.** Paris, Les Editions Sociales Françaises, 1965.
19. JORGE, R. C. H. – **Chance para uma esquizofrênica.** Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1981, 115p.
20. LANG-ETIENNE, A. – **L'ativité, le travail, le jeu, l'art.** Journal d'Ergothérapie, Paris, Masson Editeur, mars 1989, Tome 11, n° 1, p. 29.
21. LEGROS, J. C. – **A propos du rôle d'un ergothérapeute en institution psychiatrique pour adolescents.** Journal d'Ergothérapie, Paris, 1988, 10, 1, 12,
22. MATTINGLY, C., **What is clinical reasoning?** American Journal of Occupational Therapy, v. 45, p. 979-986, 1991.
23. MATTINGLY, C., **The narrative of clinical reasoning,** American Journal of Occupational Therapy, v. 45, p. 998-1005, 1991.
24. MARCOLINO, T. Q., **Sobre reabilitar o que nao se reabilita,** Revista CETO, ano8, n. 8, 2003.
25. MOSEY, A. C. – **Recapitulation on ontogenesis: a theory oh practise of occupational therapy.** The American Journal of Occupational Therapy, 1974, 22: 426-8, 1986.
26. OURY, J. – **Les clubs thérapeutiques.** Paris, Revue Pratique de Psychiatrie e d'Hygiène Mentale, n° 4, 1959, 19-44.

27. SCULLIN, V. – **Supervisor occupational therapy**. Manual for personnel in the New York State, Department of Mental Hygiene, State of New York, Department of Mental Hygiene Albany, 1956, 205p.
28. SIMON, H. **Tratamiento Ocupacional de los enfermos mentales**. Barcelona, Salvat Editores, 1937, 206p.
29. SIMON, H. – **A ktinere krankenbehaudiung der irrenaxtalt**. Berlin, de Gruyter edit., 1929, 123p.
30. SIVANDON, P. – **Principe general de la therapéutique par le travail**. Annales Medico-Psychologiques, França, 1956.
31. SIVANDON, P. et CHANOIT, P. – **Ergothérapie ar de Ville Evard essai de systematization**. França, *A. M. Med. Psychol.*, 1958, 2.
32. SIVANDON, P. – **La rééducation fonctionelle par les méthodes activés**. Saint-Denis, France, Les Mesnil, 1962.
33. SIVANDON, P. – **Psychopathologie du travail**. Paul Sivadon, Roger Aniel, Paris, Ed. Sociales Française, 1969. (Collection des Sciences Humanines). São Paulo, Ed. Brasiliense, 1980, 176p.
34. SOARES, L. B. T. – **Terapia Ocupacional: Lógica do capital ou do trabalho?** Dissertação (mestrado), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1987, 243p.
35. TOSQUELLES, F. – **Le travail thérapeutique a l'hospital psychiatrique**. Paris, Editions du Scarabee, 1967, 87p.
36. VOIR, M. S. et SIVADON, P. – **Activités thérapeutiques chez les schizophrenes catatoniques**. Congress Report of the 2nd International Congress for Psychiatry, Zurich, september 1957, Vol. III.
37. WILSON, M. – **Occupational therapy in long-term psychiatry**. Edinburgh, Ed. Churchill Livingstone, 1987, 222p.
38. WITTKOWER, E. D. and LATENDRESSE, J. O. – **Rehabilitation of chronic schizophrenics by a new method occupational therapy**. *Can S. Occ. Ther.*, 21:115-121, 1954, *Brit. S. Med. Psychol.*, 28:42-44, 1955.

39. WITTKOWER, E. D. – **The emotional, social and occupational aspects of disablement** C. M. A. S. 13, Montreal, 1955, 371-376.
40. WITTKOWER, E. D. – **A partial field survey of psychiatric occupational therapy**. *The American Journal Occupational Therapy*, 11, Montreal, 1957, nº 1.
41. WITTKOWER, E. D. – **Dynamic aspects of occupational therapy**. Montreal, *Arch. of Neurol. Psychiat.* 79, 1958, 706-710

Outras Referências

42. ALEXANDER, F. G., SELESNICK, S. T. – **História da psiquiatria**. São Paulo, Instituição Brasileira de Difusão Cultural, 1986, 573p.
43. AMMON, G. – **Psiquiatria Dinamica**. Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1974, 182p.
44. ANZIEU, D. e OUTROS – **Art et Fantasme**. Seyssel, Editions du Champ Vallon, 1984, 255p.
45. AULAGNIER, P. – **A violência da interpretação**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1977, 248p.
46. BARNES, M. BERKE, J. – **Viagem através da loucura**. Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1971, 420p.
47. BERGE, A. e OUTROS – **L'art et la psychanalyse**. Paris, Ed. Mouton, 1968, 368p.
48. BETTELHEIM, B. – **Survive**. Paris, Editions Robert Laffont, 1979, 524p.
49. BIRMAN, J. – **Enfermidade e loucura, sobre a medicina das inter-relações**. Rio de Janeiro, Editora Campus 1980, 186p.
50. BLAYA, M. e OUTROS – **Ocupação e funcionamento hospitalar como fator terapêutico**. VIII Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria, Higiene Mental, Porto Alegre, outubro 1967.

51. BLEGER, J. – **Simbiosis y ambigüedad**. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1984, 307p.
52. BLOC, M., **Apologia da História ou o ofício do historiador**, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2002.
53. CALLIGARIS, C. – **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989, 125p.
54. CARP, E., DELLAERT, R. – **Image du monde chez les malades mentaux et psychotherapies**. Paris, Les Editions ESF, 1976, 131p.
55. CERQUEIRA, L. – **Ulisses Pernambucano**. Conferência na Academia Pernambucana de Medicina, Recife, 1976
56. CERQUEIRA, L. – **Psiquiatria Social – Problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1984, 306p.
57. CLARK, D. H. – **Psiquiatria administrativa – los roles en la comunidad terapeutica**. Buenos Aires, Ediciones Nueva Vision, 1973, 155p.
58. CLARK, D. H. – **Terapia social em psiquiatria**. Madrid, Ediciones Marata, 1981, 167p.
59. CODERCH, J. – **Psiquiatria dinâmica**. Barcelona, Editorial Herder 1975, 378p.
60. COSTA J. F. – **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Campos, 1981, 104p.
61. DAUMEZON, G. – **L'establissement psychothérapique de Raynian a Fleury**. Mines, Les A brasi tese, 1946, 237p.
62. DAUMEZON, G., TOSQUELLES, F., PAUMELLE, C.H. – **Le fonctionnement thérapeutique**. Conditions d'exercice de la psichiatrie, Mines, *Organization thérapeutique de l'hospital de psychiatrie*, 1955, 14, 27
63. DAVIS, F. – **A comunicação não-verbal**. São Paulo, Summus Editorial, 1979, 196p.
64. DOLTO, F. – **O caso Dominique**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981, 235p.
65. ECO, H. – **Como se faz uma tese**. São Paulo, Editora Perspectiva, 1985, 184p.
66. EHRENZWEIS, A. – **Psicanálise da percepção artística**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1977, 338p.

- 67.FREUD, S. – **La interpretación de los sueños** (1898-1900). Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1981. Tomo I, Cap. XVII, 343-754
- 68.FREUD, S. – **La pérdida de la realidad em la neurosis y en psicosis** (1924). Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1981. Tomo I, Cap. CXXVIII, 2745-2747.
- 69.FREUD, S. – **Observaciones psicoanalíticas sobre um caso de paranoia** (1910-1911). Madrid, Editorial Biblioteca Nueva, 1981. Tomo II, Cap. XLII, 1487-1528.
- 70.FROMM-REICHMANN, F. – **Princípios da psicoterapia intensiva**. Buenos Aires, Ediciones Horme, 1980. 260p.
- 71.GOUBERT, J-P R, **Uma disciplina humanista: L’ergothérapie**, Revista CETO, ano 8 n. 8, 2003.
- 72.KATZ, C. H., Coord. – **Psicose – Uma Luta Psicanalítica**. Belo Horizonte, Interlivros, 1979, 196p.
73. KUHN. T., **A Estrutura das Revoluções Científicas**, Ed. Perspectiva, São Paulo, 2003.
- 74.LACAN, J. – **De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité**. Paris, Edition du Senil, 1980, 363p.
- 75.LEFF, J. and VAUGHN, C. – **Expressed emotion in familiares**. New York, Avil Ford Press, 1985, 241p.
- 76.LES THEORIES DE L’ACTION – Vários. Paris, LFS Sciences de L’Action Centre d’Estude et Promotion dela Lecture, 1972, 510p.
- 77.MACEDO, H.O.P. – **Introduction a la pensée de D.W. WINNICOTT**. Partié I e II, Esquisses psychanalytiques, Paris, Les Triente ans du B.A.P.U., Montparnasse, outomne 1987
- 78.MACEDO, H.O.P. – **Ana K ou A conjugação do corpo?: História de uma análise**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983, 213p.
- 79.MANNONI, M. – **Psiquiatria, seu “louco” e a psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981. 266p.
- 80.MICHAUD, G. – **Laborde... um pari nécessaire**. Paris, Gauthier-Villars, 1977, 122p.

81. NAGERA, H. – **Vicent Van Gogh: Um estudo psicológico**. Barcelona, Editorial Blume, 1980, 203p.
82. NAVRATIL, L. – **Schizophrenic et art**. Bruxelles, Editions Complexe, 1978, 352p.
83. OURY, J. – **Analyse de l'entourage immédiat du malade dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle**. 2º Congress
84. PANNKOF, G. – **O homem e a sua psicose**. Lisboa, Assirio e Alvin, 1975, 165p.
85. PERRIER, F. – **Evolution Psychiatrique**. N° 2, Paris, 1958, 421-444.
86. PERRIER, F. – **Viagens extraordinárias pela Translacâniana**. Campinas, Papyrus Ed., 1987, 260p.
87. PERNAMBUCANO, U. – **Recursos modernos de assistência dos doentes mentais**. Recife, *Revista de Neurobiologia*, Vol. 1, junho 1938
88. POMPEU, R. – **Memórias de loucura**. São Paulo, Ed. Alfa-mega, 1983, 86p.
89. POSTEL, J., QUETEL, C. **Direction – Nouvelle histoire de la psychiatrie**. Toulouse, Editions Privat, 1983, 774p.
90. PRADO, M.P.A. – **Psicanálise de psicóticos**. Rio de Janeiro, Plurarte, 1983, 166p.
91. PRINZHORN, H. – **Expressions de la folie**. Paris, Ed. Gallimard, 1984, 501p.
92. RECAMIER, P. C. – **Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés**. Paris, *Evolution Psychiatrique*, fascicule 1, janvier-mars 1957
93. RESNIK, S. – **L'expérience psychotique**. Lyon, Cesura Lyon Edition, 1986, 276p.
94. ROSENFELD, D. – **Os estados psicóticos**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1968, 285p., Madrid, *Psiquiatria*, 1972.
95. SIQUEIRA, P.F.Q. – **O objeto na psicanálise**. São Paulo, *Percurso*, Ano I, nº 2, 1º semestre 1989, 18-25.
96. SZASZ, T.S. – **Esquizofrenia: O símbolo sagrado da psiquiatria**. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1978, 229p.
97. SECHEHAYE, M.E. – **Symbolic realization, a new method of psychotherapy applied to a case of schizophrenia**. New York, Internat. Univ. Press, 1951, 230p.

98. SIVADON, P. – **La rééducations fonctionnelle par les méthodes activés**. Saint-Denis, Paris, Les Mesnil, 1955, 238p.
99. TOSQUELLES, F. – **Education et psychotherapie institutionnelle**. Paris, Hiatus Edition, 1984, 220p.
100. WINNICOTT, D.W. – **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1975, 205p.
101. WINNICOTT, D.W. – **A família e o desenvolvimento do indivíduo**. Belo Horizonte, Interlivros, 1980, 200p.
102. WINNICOTT, D.W. – **Physical therapy of mental disorder**. British Med. J., correspondência, *British Med. J.*, 17.05.1947, p. 688
103. ZILBOARG, G. – **Historia de la psicologia medica**. Buenos Aires, Editorial Psique, 1945, 589p.

Parte II - Referências Bibliográficas - CETO

1. Dissertações e Teses

- BENETTON, M.J. **Terapia Ocupacional – Uma Abordagem Metodológica em Saúde Mental**. Dissertação (mestrado). São Paulo, Pontifícia Universidade Católica, concluído em 24 de novembro de 1989.
- BENETTON, M.J. **A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental**. Tese (doutorado). Campinas, Universidade de Campinas, concluído em 2 de dezembro de 1994
- BENETTON, M.J. **Terapia Ocupacional e Ergothérapie: Uma História Comparada Brasil-França (1900 a 1997)**. Pesquisa (pós-doutorado) Paris,

Centre de Recherches Historiques – École des Hautes Études en Sciences Sociales, janeiro e fevereiro de 1998.

2. Livros

1. BENETTON, M.J. **Trilhas Associativas - Ampliando Recursos na Clínica da Psicose**. Lemos Editora. São Paulo, SP, 1991. 115 p.
2. BENETTON, M.J. Terapia Ocupacional (cap.). In: PESSOA, O.F.; CAETANO, D. e BACHELLI, L.P. (org.), **Esquizofrenia - Atualização em Diagnóstico e Tratamento**. Editora Atheneu. São Paulo, SP, 1993. p.261-5.
3. BENETTON, M.J. A Questão da Independência e Dependência sob o Vértice da Terapia Ocupacional (cap.). Co-autoria: Solange Tedesco. In: SILVEIRA, D.X. (org.), **Da Dependência à Independência**. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo, SP, 1996. p.93-103.
4. BENETTON, M.J. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: Uma Relação Possível? (cap.). In PITTA A. (org.), **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Hucitec. São Paulo, SP, 1996. p.143-9.
5. BENETTON, M.J. **Trilhas Associativas - Ampliando Recursos na Clínica da Terapia Ocupacional**. Editora Diagrama & Texto, CETO – Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. 2º edição revisada , 1999.
6. BENETTON, J., TEDESCO, S., FERRARI, S., **Atividades E Dependência Em Um Método:Terapia Ocupacional Dinâmica**, PROADE, UNIFESP, Prelo, 2005.
7. BENETTON , J. **Atividades e Dependência em um Método : Terapia Ocupacional Dinâmica**, com Ferrari, S. e Tedesco, S. em Panorama Atual de Drogas e Dependência, org. Silveira Filho e Mareira, Ed. Atheneu, São Paulo, 2006.
8. BENETTON, J., **La Femme et le Vin**, cap. Org. J-P. Goubert, Prelo, 2005 ; SITE.

3. Artigos

BENETTON, J.

Organização de setor de Terapia Ocupacional em Serviço de Psiquiatria.

Barcelona, *Informaciones Psiquiátricas*, 1965, nº 62, 3º e 4º trimestre.

Alguns aspectos do uso de atividades artísticas e Terapia Ocupacional. São

Paulo, *Boletim de Psiquiatria*, junho 1984, Vol. 17, nº 2.

Terapia Ocupacional. Nakagawa, C.S.; Takaki, S.R.. *Revista Temas*, nº.2, dezembro de 1971. Edição do Grupo de Estudos Psiquiátricos do Serviço de Psiquiatria Médica do IAMSPE.

Organização de Setor de Terapia Ocupacional em Serviços de Psiquiatria.

Boletim Informativo da Associação Paulista de Terapeutas Ocupacionais. São Paulo, SP, junho de 1975.

Organisacion do Setor de Terapia Ocupacional em Hospitales Privados de

Psiquiatria. *Informaciones Psiquiátricas*, nº.62, 3º e 4º trimestres de 1975.

Publicacion de las Instituciones Psiquiátricas de las Hermanas Hospitalárias. Barcelona, Espanha.

Manual Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental. Co-autoria. Secretaria da Saúde,

Coordenadoria de Saúde Mental, Divisão de Ambulatórios de Saúde Mental do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, maio a outubro de 1983.

A Psiquiatria em Cuba. *Boletim de Psiquiatria*, ano 9, nº .I, p.4, janeiro/fevereiro de 1984. Órgão Oficial da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Alguns Aspectos do Uso de Atividades Artísticas e Terapia Ocupacional. Boletim

de Psiquiatria, v.17, nº.2, p.72-4, junho de 1984. Órgão Oficial do Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

Terapia Ocupacional e Saúde Mental. *Boletim de Psiquiatria*, v.17, nº.2, p.91-3,

junho de 1984. Órgão Oficial do Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

Atuação no Setor de Terapia Ocupacional no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo. Co-autoria. *Boletim de Psiquiatria*, v.19, nº.1/2; 1-36, p.30-4, janeiro/dezembro de 1986.

Pour la Spécialisation D'Ergothérapeutes em Psychiatrie: Une Approche Psychodynamique. Co-autoria: Sonia M. Leonardi Ferrari. *Journal D'Ergothérapie*, nº 2, Tome 11, junho de 1989. Paris, França. Trabalho indexado na França na Área: "Du travaille therapeutique dans l'hospital da Psychiatrie à l'Ergothérapie", em 1991, organizador atual: Yves Longin - Index para trabalhos em língua francesa e inglesa de 1972 a 1993, pág. 78-81.

Terapia Ocupacional. *Revista Insight Psicoterapia*, nº.1, p.8, outubro de 1990.

O Tratamento de Psicóticos pelas Trilhas Associativas. *Revista Insight Psicoterapia*, nº.6, p.16-7, abril de 1991.

Uma Abordagem Psicodinâmica em Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.2, nº.4, pág.55-9, 2º semestre de 1991.

Da Morte, Do suicídio.... *Revista Insight Psicoterapia*, ano II, nº.10, p.30, junho de 1992.

OMS e a Saúde Mental. *Revista Insight Psicoterapia*, ano III, nº.30, p.4-7, junho de 1993.

Na Articulação Entre o "Falar" e o "Fazer" - A Construção da Historicidade na Psicose. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.3, nº.1/2, p.4-7, março de 1994.

Republique du Cap Vert: Un Centre D'Ergothérapie. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, v.31, p.32-5, maio de 1995. Londres.

O Silêncio. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, ano V, v.4, nº.1, p.63-7, janeiro/julho de 1995.

Terapia Ocupacional: Conhecimento em Evolução. *Revista do Centro de Estudo de Terapia Ocupacional*, v.1, nº.1, p.5-7, junho de 1995.

A Crise na Terapia Ocupacional ou a Terapia Ocupacional na Crise? *Boletim de Psiquiatria*, v. 28, n.º2, p.24-7, julho/dezembro de 1995. Órgão Oficial do Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica Universidade Federal de São Paulo.

A Case Study Applying a Psychodynamic Approach to Occupation Therapy. *Occupational Therapy International*, v.2, p.202-8, Whurr Publishers Ltd., 1995. Artigo referenciado em: IVARSSON, A.; SÖDERBACK, I.; STEIN, F. The application of concept analysis in the occupational therapy treatment process in mental health. *Occupational Therapy International*, 5(2), 83-103, 1998, Whurr Publishers Ltd., como base para definir a autora (BENETTON) como responsável pelo estabelecimento de novos conceitos em terapia ocupacional.

Grupo de Acolhimento, Procedimentos de Terapia Ocupacional no Tratamento de Dependentes de Drogas do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo. Gravação. São Paulo, SP, 1995.

Reabilitação em Saúde Mental. Gravação. Programa da Associação Brasileira de Psiquiatria. Editora MEDISOM Ltda. São Paulo, novembro 1996.

Crisis in Occupational Therapy or Occupational Therapy in Crisis? *Bolletín Publication of World Federation of Occupational Therapy*, v.34, p.37-41, november 1996.

A descoberta da insanidade na arte. Jornal de Piracicaba, dezembro de 1996.

Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: Uma Relação Possível? *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.4/7, p.53-8, 1993/6.

O Balanço. Jornal de Piracicaba, p.A-2, 3 de janeiro de 1997.

O Casamento. Jornal de Piracicaba, p.A-2, 4 de janeiro de 1997.

Terapia Ocupacional, uma apresentação. Jornal da USP, p.2, abril de 1997.

A descoberta da insanidade na arte. Jornal da USP, p.20, abril de 1997.

Pinochet Assassinado. Jornal de Piracicaba, p.A-2, 31 de julho de 1997.

Rasgos de Conhecimento. Jornal da USP, p.2, setembro de 1998.

De la Spécialisation d’Ergothérapeutes en Santé Mentale. Co-autoria: Sonia Maria Leonardi Ferrari e Solange Tedesco. *Journal d’Ergothérapie*, 1998, Tome 20, nº 3, p.113-16. Masson, Paris, 1998.

Estudo de Confiabilidade e Validação da Entrevista da História do Desempenho Ocupacional. Co-autoria: Selma Lancman. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. V.9/3, 1998.

Nous Ergonnons – Un Débat Sur La Production Intellectuel en Ergothérapie. Co-autoria: Prof. Jean Pierre Goubert (EHESP), *Journal d’Ergotherapie*, 2000, Tome 22, nº 1, p. 31-4. Masson, Paris, 2000.

Terapia Ocupacional - 40 Anos. Co-autoria: Jô Benetton, Jean-Pierre Goubert, André Campos, Beatriz Vogel. *Revista de Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*. Ano 5, nº5, 2000.

Fazemos atividades: produção intelectual e valor heurístico em Terapia Ocupacional. Co-autoria: Jô Benetton e Jean-Pierre Goubert. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*. Ano 1, n.1, 1995.

Sentiers Associatifs – Pour Élargir Les Ressources Dans La Clinique de L’Ergothérapie. Co-autoria: Prof. Dr. Itiro Shirakawa. *Journal d’Ergotherapie*, 2000, Tome 22, nº. 3, p. 131-7. Masson, Paris, 2000.

Study of the Reliability and Validation of the Occupational Performance History. Co-autoria: Prof. Dra. Selma Lancman, aceito para publicação no *Occupational Therapy International*, 2001.

Ocupando o Tempo. Aceito para publicação no *Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*. São Carlos, 2001.

Você disse Ética? Co-autoria: Jean-Pierre Goubert e formandos 1999, de Terapia Ocupacional. Aceito para publicação na *O Mundo da Saúde*, Editora do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2001.

Les Temps en Ergothérapie. ErgOThérapies, Techni Media Services, Paris, n. 8, décembre 2002.

Entrevista ao Prof. Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, Revista do CETO, Editora CETO, São Paulo, n.o 7, 2002.

Discursos e Representações da Prática da *Ergothérapie* Psiquiátrica na França, co-autoria: Ducros, F., Goubert, J-P. R., Revista do CETO, Editora CETO, São Paulo, n. 7. 2002.

Terapia Ocupacional - História de uma Profissão Feminina, co-autoria: B.Vogel e J-P. Goubert, Revista do CETO, Editora CETO, São Paulo, n. 7, 2002.

Entrevista concedida para Revista Reabilitar, São Paulo, SP. 2003.

Hábitos, Cotidiano e Terapia Ocupacional, co-autoria Solange Tedesco e Sônia Ferrari, Revista do CETO, no. 8, 2003.

Terapia Ocupacional: Função Terapêutica E Sua Ação Educativa , co-autoria Solange Tedesco e Sônia Ferrari, Revista Saúde, Editora São Camilo, prelo, 2004.

Além Da Opinião Uma Questão De Investigação: Para Historicização Da Terapia Ocupacional, Revista CETO, nº 9, 2005

FERRARI, S.M.L.

Aspectos de funcionamento da clínica de grupos e sua especialidade na Terapia Ocupacional. Co-autoria: Beatriz Aguirre. Boletim de Psiquiatria, v.22-23, São Paulo, 1990.

O nascer das palavras através do fazer. *Revista de Terapia Ocupacional da USP.* v.2, n.1, Fev.1991.

Terapia Ocupacional: integração e produção do saber. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.* Ano 1, n.1, 1995.

A ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos. Ano 2, n.2, 1997.

Terapia Ocupacional – espaço da narrativa entre forma e imagem. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.* Ano 4, n.4, 1999.

A-Tua-Ação da Terapia Ocupacional no corpo contido. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.* Ano 7, n.7, 2002.