

De lagarta a borboleta: um processo de Terapia Ocupacional

Daniella de Oliveira Melo

Agradecimentos

Aos colegas de trabalho do Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental; às colegas de formação do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional; a Jô e Sônia, grandes companheiras em minha redescoberta de ser terapeuta ocupacional e, principalmente, a C., querida "aluna", personagem principal desta história.

"... Sim, devemos comemorar o sucesso, festejá-lo, sem medo de parecermos ridículos. Ridículo é, no final do século, acreditarmos que o futuro dos tratamentos venham somente das medicações e neurotransmissores. Então eu me vi dizendo às terapeutas (ocupacionais) presentes:

- Ei, não assumam esta posição de auxiliares! Apareçam mais. Tomem espaço, escrevam suas idéias, discutam abertamente com os psiquiatras e psicólogos suas visões do tratamento. Dirijam mais os casos, publiquem artigos, penetrem fundo na saúde mental e ensinem um pouco de arte e habilidades para todos nós. ..."

(Paulo Bloise – A fé e o fogo)

Aos leitores que podem ainda pensar que a terapia ocupacional é uma forma de "ocupação do tempo" ofereço, para iniciar, uma das mais belas definições que ouvi de uma paciente, em certa ocasião: "A terapia ocupacional é para eu ocupar o meu espaço." É sobre isso que versa este artigo...

Resumo

O presente artigo tem o propósito de apresentar um processo de terapia ocupacional de uma paciente psiquiátrica de 67 anos, atendida na Unid do CAISM da ISCMSP. Os procedimentos terapêuticos são subsidiados pelo Método Terapia Ocupacional Dinâmica. A ênfase é dada para a constituição da relação triádica baseada em afeto e técnica bem como para a utilização da técnica de análise de atividades "trilhas associativas".

Palavras chaves

Idoso; psicose; relação triádica; trilhas associativas; Método Terapia Ocupacional Dinâmica

Abstract

The purpose of this article is to present an occupational therapy process of a 67 years old psychiatric female patient, who was attended at Unid/ CAISM/ISCMSP. The therapeutic procedures are based on Occupational Therapy Dynamic Method. The emphasis is given on both the construction of triadic relationship as well as the use of the activities analyses technique "associative path".

Keywords

Elderly; psychosis; triadic relation; associative path; Occupational Therapy Dynamic Method

Contextualizando a instituição

A Unidade de Idosos (Unid) do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp) tem sua proposta institucional baseada na abordagem "case management" (manejo de caso), desenvolvida por Stein e Test na década de 80. Nesta proposta, o paciente passa a ser acompanhado por uma equipe fixa ao longo de seu tratamento, nas várias modalidades de atenção (internação, hospital-dia e ambulatório). Assim, busca-se adaptar os recursos disponíveis às necessidades apresentadas em cada caso, objetivando a inserção social na comunidade. (Coppini; Salomão, 1999)

A Unid atende pacientes psiquiátricos com idade igual ou superior a 60 anos e sua equipe conta, atualmente, com os seguintes profissionais: 2 médicos assistentes, 2 enfermeiras, 1 assistente social, 2 psicólogas, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional, além de auxiliares de enfermagem e médicos residentes (de psiquiatria e geriatria).

São realizadas, semanalmente, reuniões clínicas com a equipe multiprofissional em que se traça o plano terapêutico dos pacientes após o conhecimento de sua história e detecção de suas necessidades; adequa-se a medicação em uso e avalia-se a evolução dos casos visando desenvolver um trabalho integrado.

No CAISM o setor de Terapia Ocupacional é composto, atualmente, por sete terapeutas ocupacionais divididas entre os programas: Geral I (2) e Geral II (2); Infantil (1); Álcool e Drogas (1) e Idosos (1). O método que norteia a clínica é o Método Terapia Ocupacional Dinâmica, proposto por Benetton, cujos aportes da teoria da técnica encontram-se didaticamente apresentados na última edição de seu livro *Trilhas Associativas*, 2006, p. 60:

"1. A integração do sujeito com ele mesmo é o primeiro caminho para a inclusão social.

2. As atividades em terapia ocupacional não são lidas apenas como simbólicas, mas sim e mais freqüentemente como parte do sujeito no mundo.

3. Assim, as atividades, como instrumento da terapia ocupacional, devem ser estudadas, aprendidas e ensinadas, sendo dinamicamente constituintes do nosso setting, que têm intrinsecamente na função terapêutica uma ação educativa.

4. Essas atividades devem adquirir significado na relação entre paciente e terapeuta, dando margem assim aos primeiros movimentos de uma relação triádica.

5. Nesta relação, informações, quando associadas, permitem a leitura de uma comunicação tanto de supostos conteúdos internos como de ações, atitudes e comportamentos pessoais e sociais do sujeito.

6. Fazer o sujeito participar da análise dessas ocorrências é também estabelecer um espaço de historicidade, que permita a narrativa da história de uma relação em princípio triádica, mas que reivindica a existência de quartos termos, isto é, do social.

7. A motivação para a correlação entre os aportes anteriores é da terapeuta ocupacional, que busca nos movimentos de ação e reação, como os da física, o caminho da interação entre: sujeito, terapeuta, atividades e inclusão social.

8. Tendo como meta inicial a construção de cotidiano, independente da clínica nas áreas da saúde, da educação, empresariais, nas desvantagens ou calamidades sociais, sua proposta de relação está assegurada por uma transferência positiva."

Diagnosticando

Numa das reuniões clínicas, um residente apresentou o caso de C., uma mulher de 67 anos, divorciada, mãe de 4 filhos. Estava morando sozinha em Brasília há 6 anos aproximadamente e recusava-se a ver os filhos, acusando-os de "nazistas". Estes tinham notícias da mãe através de contato telefônico com uma vizinha da paciente. Esta referia que C. sempre foi uma pessoa "esquisita" mas nunca apresentou intercorrências. Em fevereiro de 2005 descobriram que a paciente estava desaparecida. Uma das filhas deslocou-se, então, até Brasília e a encontrou "morando" na rodoviária local. Em seu apartamento foram encontrados vários cristais, palhas de aço, isopores e papelões pelas paredes numa tentativa (logicamente mal sucedida) de isolar "energias negativas". C. referiu que saiu de seu apartamento pois havia um "ar gorduroso" e "muitas freqüências". A família sempre foi bastante complacente em relação a seus comportamentos, acreditando ser apenas "misticismo". C. dizia ouvir e conversar com espíritos e acreditava que órgãos nazistas foram implantados em seu abdômen, solicitando realizar um exame no IML para confirmar tal fato, o que lhe causava grande sofrimento.

Foi trazida para São Paulo sendo internada em nosso serviço em 21/05/05.

Nas poucas vezes em que eu a encontrava sentada na sala, ela chamava minha atenção. Usava um chapéu de palha com uma fita que era trocada diariamente de acordo com a cor da roupa que usava. Suas sobrancelhas, bem delineadas por maquiagem definitiva, perdiam parte do contorno por alguns pêlos que cresciam desordenadamente. Muito educada, sempre sorria ao retribuir meus votos de "Bom dia", entretanto, seus dentes encontravam-se em péssimo estado, com sinais de doença periodontal e diversos focos de infecção.

Parecia bastante vaidosa, porém encontrava-se extremamente descuidada. Permanecia a maior parte do tempo isolada dos demais pacientes pois "eles não dominam os conhecimentos espirituais", portanto, não teriam assunto. Além disso, não permitia que eu a tocasse, alegando questões de "energia".

Senti-me interessada pelo caso, justamente por ser terapeuta ocupacional e desafiada a atendê-la para organização do cotidiano. Minhas observações e os dados colhidos junto à equipe permitiram que C. se apresentasse para mim como um sujeito "necessitado" – termo utilizado por Benetton (1999) para designar o sujeito-alvo dos procedimentos de terapia ocupacional; ou seja, aquele que, por diferentes e combinadas razões, encontra-se excluído de uma parte significativa das atividades sociais, interagindo de forma insatisfatória em suas relações, sendo geralmente um solitário. (Benetton, 1999)

Tais informações foram importantes também para compor um *diagnóstico situacional em terapia ocupacional que compreende a descrição e análise das condições sócio-emocionais, as quais o sujeito apresenta em nossos primeiros encontros*. "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 se relacionam ou que recentemente se contataram com o paciente (às vezes a polícia, advogados, professores, patrões, etc.)." (Benetton, 2006, p. 91)

O processo

Num primeiro contato, procuro saber um pouco da história de C.. Esta relatou que é divorciada e tem 4 filhos (destes, 2 teriam sido assassinados mas conseguia comunicar-se com eles). Disse que

se mudou para Brasília por sugestão de um amigo médico em busca de “melhores energias”. Disse também que seus problemas começaram há cerca de 10 anos após uma cirurgia plástica que desviou seu umbigo e durante a qual foram implantados os tais “órgãos nazistas”. Relatou ainda desconhecer formas para proteger-se. Nosso assunto, portanto, restringiu-se praticamente à sua doença, nenhum dado sobre seu cotidiano. Sua vida parecia reduzida à angústia provocada pelos sintomas. Nesse momento, lembrei-me de Slagle, fundadora de nossa profissão, quando ela nos propõe: “observar e captar qualquer indício de atitude e ou conduta saudável para em seguida motivar uma nova ação, mesmo que muito pequena.” (Benetton, 2006, p.33) O desafio estava lançado!

C. mostrou-me um quadro exposto na instituição querendo, a princípio, comprá-lo, pois este teria um “significado espiritual”. (fig 1) Expliquei-lhe que aquele quadro não estava à venda mas que ela poderia fazer um igual. C. mostrou-se insegura, acreditando não ser capaz de realizar tal atividade. Disse-lhe que ficaria a seu lado e lhe ensinaria a técnica de pintura. Ela pareceu tranquilizar-se, demonstrando disponibilidade para fazer.

No início dos atendimentos, C. só conseguia permanecer na sala por cerca de 15 minutos, alegando que “perdia suas forças”. Começamos a atividade fazendo um rascunho em papel. Ela permanecia concentrada, procurando reproduzir fidedignamente a figura do quadro. Seguiu as orientações quanto à técnica mas não permitia minha intervenção em sua atividade. Ficava quieta a maior parte do tempo. Eu ficava em silêncio também, observando seu fazer e, por vezes, usava de minhas observações para abordar questões como, por exemplo, cuidado pessoal. Numa dessas ocasiões, C. contou-me que sempre foi muito vaidosa e que precisava cuidar dos dentes, entretanto, temia que o dentista implantasse algo

em sua boca que fizesse com que ela se tornasse uma “fera”; disse estar aguardando o momento em que se sentiria “preparada”. Seu sofrimento mediante suas idéias delirantes era evidente e ela parecia bastante incomodada ao falar sobre isso. O silêncio, então, só se quebrava quando ela solicitava alguma orientação ou quando eu lhe contava histórias, sobre meu cotidiano, inclusive. Aos poucos, foi conseguindo permanecer até o final dos atendimentos e mostrou-se surpresa com o resultado de sua produção. “A relação de ensinar, aprender, construir, inventar, criar, propiciada no fazer partilhado, abre espaço para a ocorrência de uma experiência individual prazerosa, desde que acreditemos, conforme Oury (1987) que a “catástrofe existencial” do psicótico causa um extremo sofrimento. Neste lugar também é instaurado o jogo de superposições das duas áreas lúdicas, a da terapeuta e a do paciente. Nesse jogo,,, o papel da terapeuta é ativo, crítico e responsivo, tratando de, concretamente, reformular com o paciente sua inatividade e descrença. De início há que introduzi-lo neste estranho laboratório onde fatos da vida são vividos de forma diferente.” (Benetton, 1994, p. 75)

Várias tentativas medicamentosas foram feitas sem muito sucesso. C. permanecia sintomática, apresentando, por vezes, comportamentos estranhos tais como deixar de tomar banho e passar a fazer uso de polvilho anti-séptico ou sal de cozinha. Entretanto, penso que a *relação triádica* (terapeuta-paciente-atividades) estava se estabelecendo entre nós, através de procedimentos e afeto; relação potencialmente transformadora. A constituição dessa relação ficou clara para mim quando C. me presenteou com um incensório que havia comprado numa de suas licenças terapêuticas e, principalmente, quando solicitou que eu fizesse para ela alguns detalhes de seu quadro. Ela já não se incomodava de mostrar seu quadro (fig.1) para os outros, fato que era

impensável anteriormente, pois C. temia a influência de “energias negativas” sobre sua produção; mantinha um contato melhor com os demais pacientes, equipe e família, iniciou uma avaliação odontológica, melhorou o auto cuidado e aceitou permanecer em São Paulo pensando em morar, a princípio, numa casa de repouso.

C. permaneceu internada por 103 dias, passou a freqüentar o hospital-dia 3 vezes por semana e continuou em atendimento individual terapêutico ocupacional.

Fizemos várias atividades ao longo desse processo: sabonetes artesanais (uma solução criativa e mais saudável para isolar possíveis “energias negativas” os quais foram compartilhados comigo, com o residente e com familiares); uma pulseira e um anel de bijouteria (confeccionados especialmente para ajudar a afastar o medo do tal exame de imagem chamado SPECT); um colar para uma das filhas; um colar perolado (que C. não deixa de usar diariamente); 2 porta-retratos (que contêm as fotos das netas e do filho que mora nos Estados Unidos); conversas sobre cotidiano, gostos, música, literatura, planos... Tudo feito com muita iniciativa, autonomia, cuidado, envolvimento e prazer. Com muito afeto também.

Sua freqüência no hospital-dia foi sendo reduzida progressivamente e a própria C. solicitava fazer o acompanhamento psiquiátrico ambulatorialmente. Estava aderida ao tratamento, em uso regular das medicações. Passou a morar definitivamente com o filho, cuidava dos afazeres domésticos (com exceção de cozinhar pois preferia fazer as refeições num restaurante próximo de sua casa); planejava aprender danças de salão e viajar para rever parte da família; estava bem cuidada e parecia muito feliz. A lagarta tinha se transformado numa linda borboleta. Era chegada a hora de voar!



Figura 1

Trilhando associações

Utilizando-me de uma técnica específica de análise de atividades: *trilhas associativas* descrita por Benetton (1999) propus que C. reunisse todas as suas atividades e as agrupasse segundo algum critério próprio.

Num subgrupo 1, ela colocou os sabonetes, seu colar e aquele que fez para a filha. Disse que as havia agrupado pois todas eram “bonitas e tinham um valor material”. Desse grupo, separou o colar da filha dizendo que sentia certa tristeza pois achava que a mesma tinha dado pouca importância a seu presente. Isso abriu espaço para que conversássemos sobre sua relação com os filhos e sobre o envolvimento com que realizou suas atividades.

Num segundo subgrupo, ela colocou a pulseira e o anel de bijouteria. Denominou esse grupo de “energia negativa” e contou que se desfez destas atividades. Quando questionada a respeito de tal atitude, C. respondeu que tinha ficado com muita raiva de seu médico quando este solicitou o SPECT pois “ele queria saber se eu era doida ou mística mesmo”. E que talvez por isso a atividade tivesse sido impregnada por “energias negativas”. Pontuei que, naquele momento, essa atividade funcionou

como uma forma de deixá-la mais segura e tranqüila para a realização do exame. Pontuei também que eu não me importava se ela era "doida" ou "mística", mas sim o sofrimento psíquico e o comprometimento de cotidiano que ela apresentava por ocasião da internação. C. concordou comigo.

Num último subgrupo, denominado de "Família", C. colocou o quadro e os 2 porta-retratos. Disse que a tela, agora, lembrava sua "árvore genealógica" e pôde falar como foi bom reaproximar-se da família e começar uma vida nova ao lado do filho. Relatou que essas 3 atividades encontram-se "no canto da casa que tem a melhor energia" e onde ela mais gosta de ficar. Ressaltou a pintura em tela como a atividade mais importante realizada "pelo trabalho que deu fazê-la, pelo significado que tem e pela beleza do resultado". Concordei com C. e pontuei que foi bonito acompanhar seu processo de transformação e que, para mim, a tela marcou a construção de nossa relação e, conseqüentemente, a construção de uma outra possibilidade de ser e estar no mundo. Nesse momento, C. me disse: "Você me deu chão. Eu fiz 12 anos de psicoterapia e se tem uma coisa que eu aprendi foi ser realista; mas você me ensinou que eu tenho possibilidades." Ela presenteou-me com as fotos de suas atividades e, emocionada, despediu-se de mim com um abraço, agradecendo-me. Atrás da foto da tela, uma dedicatória:

*"À minha querida professora (de vida)
Daniella*

*O meu coração agradece tanto carinho
e dedicação,*

Para sempre.

C."

Discussão

Penso que esta dedicatória contempla aspectos importantes da intervenção da terapia ocupacional baseada no Método Terapia Ocupacional Dinâmica; só que sob o olhar "leigo" do paciente. C. aborda o caráter pedagógico da profissão no que diz respeito ao ensino da técnica de realização de atividades. Aborda também as mudanças que se iniciaram no setting terapêutico e que se ampliaram para a vida. Setting aqui é definido como "um espaço aberto internamente para receber (que) só se completa se o mantivermos sempre aberto externamente para estimular o partir." (Benetton, 2006, p.105) É o local onde se constrói a relação triádica e deve ser confiável e continente o suficiente para proporcionar experimentações e criar historicidade, exigindo da terapeuta uma postura ativa, afetiva e técnica. "Esta forma ativa de agir tem a função de dar indiretamente um sentido às indicações provenientes do paciente. É a forma inventada por Perrier para criar o espaço da historicidade para aquele que desconhece sua própria história. Nesse espaço, a primeira história será construída na relação terapeuta-paciente. A proposição de Perrier nos encaminha a usufruir da simplicidade do nosso setting, quando podemos construir pequenas marcas simbólicas no psiquismo do paciente através da doação de nosso sentir. Com a intermediação das atividades, então, de forma indireta, ao explicar, ensinar e experimentar; como o jogo e a brincadeira; como realização, destruição, desconstrução e produto; como indicação, sugestão e sobretudo como informação; dizemos do nosso sentir, tomamos partido, mostramos o que somos, formulamos juízos de realidade e de valor." (Benetton, 1999, p.81)

Quando se trata do indivíduo idoso, uma das questões que se apresentam é a

institucionalização. Gostaria aqui de abordá-la brevemente.

Creio que um de nossos maiores desafios com a clientela geriátrica é fazer com que o indivíduo "velho" possa descobrir suas potencialidades apesar de ser esta uma fase da vida marcada pela perda e pelo estigma da inutilidade. Sendo assim, penso ser necessário que a equipe de saúde como um todo tenha muita clareza de sua atuação atentando para as necessidades e reais condições do paciente a fim de que a institucionalização (concretização da exclusão) seja sempre a última alternativa. É preciso *raciocinar clinicamente* e acreditar que o paciente tem capacidade para exercer sua autonomia e inserir-se socialmente. "Segundo Mattingly (1991b, p.1002), o raciocínio clínico requer do terapeuta: a) ver possibilidades para criar experiências importantes nas quais o paciente irá investir; b) fazer mudanças para agir nestas possibilidades; c) responder às mudanças que o paciente oferece como retorno; d) construir na experiência, através de mostrar para o paciente um futuro no qual esta experiência terapêutica se torne um todo construído." (Marcolino, 2005 , p.77)

Dessa forma, penso ser de fundamental importância a intervenção da terapia ocupacional com a população geriátrica. Mais do que promover adaptações de ambiente e utensílios, fazer treinamento de AVDs (atividades de vida diária) e AIVDs (atividades instrumentais de vida diária) e realizar um plano de reabilitação cognitiva, faz-se necessário ajudar o indivíduo "velho" a resignificar esse período da vida. Oferecer-lhe a oportunidade de elaborar suas perdas, descobrir suas potencialidades, planejar um futuro, mantendo-o um ser desejante e capaz de realizar o que precisa e quer fazer.

Finalizo com um texto do qual gosto muito.

"Viver, como talvez morrer, é recriar-se a cada momento. Arte e artifício, exercício e invenção no espelho posto à nossa frente ao nascermos. Algumas visões serão miragens: ilhas de algas flutuantes que nos farão afundar. Outras pendem em galhos altos demais para a nossa tímida esperança. Outras ainda rebrilham, mas a gente não percebe – ou não acredita.

A vida não está aí apenas para ser suportada ou vivida, mas elaborada. Eventualmente reprogramada. Conscientemente executada.

Não é preciso realizar nada de espetacular.

Mas que o mínimo seja o máximo que a gente conseguiu fazer consigo mesmo."

(Lya Luft)

Referências Bibliográficas:

BENETTON, M. J. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. Campinas, 1994. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas: ampliando os recursos na clínica da Terapia Ocupacional**. São Paulo: Diagrama & Texto/ ceto, 1999.

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

COPPINI, R. Z.; SALOMÃO, F. P. **A clínica da Terapia Ocupacional na abordagem de manejo de caso**. Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental. Mimeo, 1999.

MARCOLINO, T. Q. **A dimensão pedagógica nos procedimentos de Terapia Ocupacional**. São Carlos, 2005. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos.