

Diálogos em Psiquiatria

Apresentação

O CETO, e a Revista do CETO, através de *Biografias ou Entrevistas* tem procurado homenagear terapeutas ocupacionais ou profissionais íntimos da Terapia Ocupacional. Neste número tentamos trabalhar junto com o Professor Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, porém, não nos foi possível cumprir esta agenda. Assim sendo, nossa homenagem ao Professor vai às avessas.

Ele como professor, pesquisador, clínico e político, sempre nos manteve como parceiros. Tanto é assim, que aqui ele me entrevista. Gostaríamos que, mesmo dessa forma, ele sinta o nosso reconhecimento e esperamos que no futuro ele fale.

Jô Benetton
S.P. 02/03

Locutor: O papel da Terapia Ocupacional sofreu mudanças importantes nos últimos anos. Houve a modificação do enfoque recreacionista para a abordagem ampla do indivíduo como ser humano complexo e cidadão. A integração definitiva do terapeuta ocupacional nas equipes pluridisciplinares de Saúde Mental promete mudar o prognóstico de várias afeições psiquiátricas e garantir, do ponto de vista psicossocial, um futuro melhor para o paciente. A entrevista com a doutora Maria José Benetton, Professora Doutora em Saúde Mental do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP, traz novidades sobre o tema. O doutor Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, Professor Titular de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, foi o entrevistador.

M.P: Como você colocaria a questão da Reabilitação na Saúde Mental?

J.B: O termo reabilitação, ao longo do século XX, passou por vários significados e interpretações. Ele começou

a ser utilizado entre as duas grandes guerras e se referia principalmente aos cuidados multiprofissionalmente prestados a soldados, egressos das guerras, com incapacidades físicas e mentais. De início, nos centros de reabilitação eram assistidos soldados deficientes físicos. Logo, entretanto, se percebeu que eles apresentavam também comprometimentos mentais. A Terapia Ocupacional, que havia sido criada na primeira década desse mesmo século, diretamente ligada a Psiquiatria, tinha como vocação a saúde, prevendo a mudança e ampliação dos “hábitos” de vida, e no pós guerra passou a sofrer grande influência da reabilitação. O termo reabilitação contaminou a psiquiatria, enfatizando o formal, como por exemplo, a possibilidade do sujeito estar bem arrumado, bem vestido e bem trajado mesmo que lhe faltasse uma perna, para que ficasse satisfeito com a possibilidade de arrumar um subemprego. Em 1950, as coisas começaram a mudar. O advento da medicação especializada coloca o doente mental na posição de poder realmente retornar à sociedade. E quando estou falando em retornar à sociedade, não estou querendo dizer que este retorno implique em reabilitação como a entendemos hoje. O termo reabilitação, hoje, em Saúde Mental, está ligado particularmente à uma questão psicossocial e daí a Associação de Reabilitação Psicossocial quer estabelecer que o sujeito seja tratado psicossocialmente, isto é, dentro da sociedade, sem afastá-lo do seu ambiente e principalmente nunca colocá-lo em hospitais do tipo asilar. Esta questão nos leva diretamente a outra, que é o abandono, pela psiquiatria, do enfrentamento da doença para uma posição de encontrar espaços virtuais de saúde mental onde a reabilitação deve ocorrer. Não importa se o sujeito tem a doença esquizofrenia ou se está numa condição de dependente, muito intoxicado, o que é importante no conceito de reabilitação psicossocial é que haja a possibilidade para que os profissionais possam perceber esse espaço virtual de saúde, onde o sujeito mantém-se de certa forma integrado. Nesse sentido, particularmente, discordo do termo reabilitação

psicossocial, que é uma proposta dos reabilitadores canadenses, pois ele contém um paradoxo. Tenho participado de discussões principalmente em relação ao prefixo RE. Resumindo em uma questão, se o sujeito não é afastado da sociedade, se o sujeito deve ser mantido em interação através de espaços considerados virtuais de saúde mental, porque o RE? Essa é minha pergunta para a Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial. Como o objetivo fundamental de toda reabilitação e de toda assistência é o de ampliar o espaço virtual da saúde mental isto me fala de mais integração, inserção, interligação e inter-relação.

M.P: Trabalhando com você há tantos anos, e vendo assim a própria história da Terapia Ocupacional, posso quase que testemunhar que há mais ou menos 30 anos havia apenas o conceito de recreacionista. Nos hospitais psiquiátricos, as terapeutas ocupacionais cuidavam de pinturas, e de algumas manufaturas. Quando, recentemente, tivemos a oportunidade de ministrar juntos um curso, concluímos que, de fato, médicos e terapeutas ocupacionais podiam trabalhar em sintonia. Ficou muito claro que, enquanto os médicos buscavam, através da atuação farmacológica e psicoterápica, diminuir os sintomas produtivos, e anular os sintomas negativos, os terapeutas ocupacionais cuidavam muito mais da ampliação do chamado espaço sadio. Esse salto me pareceu muito interessante, e a vivência dos alunos da residência médica, como os de terapia ocupacional, foi muito produtiva. É verdadeiro esse salto da terapia recreacionista para a posição de amplificadora de espaços sadios? Como você faz isso?

J.B: É muito agradável poder contar um pouco dessa história que poucas pessoas conhecem. A profissão Terapia Ocupacional foi construída entre 1909 a 1914 nos E.U.A, tendo como principal engenheira a assistente social, Eleanor Clark Slagle. A profissão surgiu durante o que denominamos *II Tratamento Moral* de Adolph Meyer. Apesar das teorias em psicobiologia desenvolvidas por ele, até hoje a ênfase maior sobre seu trabalho é colocada no tratamento moral. Este se caracteriza fundamentalmente pelo bem estar social do paciente, mesmo internado, ou em situação quase asilar. A preocupação de Meyer era de que os pacientes se vestissem bem, se cuidassem, fizessem suas Atividades de Vida Diária e tivessem lazer. Enfim, ele propunha que os doentes se parecessem mais com as pessoas sadias, e que mantivessem atitudes formalmente sociais; este também foi o primeiro sentido da reabilitação como já referi. E, para isto, eram muito importantes a aparência e a recreação. Se possível, que os pacientes tivessem possibilidade de ver ou de participar de espetáculos, e que pudessem construir essas atividades dentro do hospital. Tanto a Reabilitação com seus

novos profissionais, como a Terapia Ocupacional nos anos cinquenta, passaram a ser programas propostos pela recém criada Organização Mundial da Saúde. Essa mesma organização em 1959 promove a criação de um curso técnico para terapeutas ocupacionais no recém criado Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina da USP. O curso com a assessoria de Elisabeth Egles (OMS) tinha no modelo americano e canadense sua base. Quando me formei, em 1970, minhas leituras passaram a ser os textos de Ulisses Pernambucano, Luís Cerqueira, Franco da Rocha e outros tantos brasileiros que já começavam a pensar uma psiquiatria social. Sem dúvida foi no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da UNIFESP, onde permaneci por 13 anos, que tive a possibilidade de desenvolver técnicas de terapia ocupacional realmente ligadas à questão como sintomas negativos. Os pacientes que atendíamos lá não eram pacientes de psicoterapia, mas pessoas gravemente afetadas, dos ambulatórios de esquizofrenia, como os dependentes do PROAD ou os portadores de doenças afetivas. Você se lembra do nosso trabalho no ambulatório? Quantos comprometimentos psicossociais graves? Foi o primeiro sucesso no ensino conjunto de terapeutas ocupacionais e médicos. Já nos últimos cinco anos consolidei meu trabalho no atendimento a crise, em ambulatório do pronto socorro. Nesse trabalho houve também uma estreita colaboração entre terapeutas ocupacionais especializadas e médicos residentes. Formando dupla com Paulo Bloise, chamávamos de “casal parental” a relação entre esses dois profissionais. Sem dúvida nenhuma o sucesso de nossas experiências nos levou a implementá-las no currículo de formação de terapeutas ocupacionais e de médicos. O sucesso vem da dupla: o médico, que aprende a medicar e a se relacionar criando um espaço para receber o doente com todas as suas angústias, medos e dificuldades em enfrentar sua doença, e a terapeuta ocupacional que amplia os espaços virtuais de saúde mental. Essa é uma história que eu considero das mais importantes durante toda minha carreira profissional, este tipo de projeto que faz do médico e da terapeuta ocupacional uma equipe. Importante lembrar que a construção dessa dupla se deveu muito a Luís Cerqueira, e a você como discípulo dele, que sempre propuseram a passagem do residente de psiquiatria pelas salas de terapia ocupacional.

M.P: Jô, a terapia ocupacional quando se expressa, o faz através das atividades. Qual é a sua visão da terapia ocupacional de hoje? Quais são suas definições, quais são seus paradigmas? Que técnicas que você usa? Enfim, de que maneira a terapia ocupacional pode ajudar a estabelecer esta ampliação do espaço sadio do nosso paciente?

J.B: Marcos, antes de tudo gostaria de ressaltar o tema da equipe multiprofissional ou multidisciplinar baseado no seu ponto de vista ou na sua forma de pensá-lo. Hoje, a cada dia, vemos profissionais da psiquiatria debatendo sobre equipe e criando novos termos ou novos significados para os já existentes. Particularmente, gosto muito dos termos multidisciplinar e multiprofissional, adotados por você. Esses são termos abertos, que não implicam uma condição previamente definida ou uma forma preestabelecida de funcionar em equipe. Se pensarmos em interdisciplinariedade, por exemplo, somos obrigados a pensar em hierarquia - existe alguém que hierarquicamente vai comandar a equipe; ou ainda uma idéia ou uma linha teórica. Se pensarmos em transdisciplinariedade, acabamos com a especificidade de cada um, trocando papéis. Acho que tudo isso ocorre quando se constitui uma equipe multiprofissional: há momentos de interdisciplinariedade, outros de transdisciplinariedade. De qualquer maneira, é muito legal mantermos vivo o termo multiprofissional, pois ele não estabelece, à priori, o funcionamento da equipe.

Bem, falando de terapia ocupacional. Quando comecei a fazer minha tese de doutorado, fiz uma vasta pesquisa, na bibliografia nacional e internacional, em busca de definições técnicas em a terapia ocupacional. Até hoje, entretanto a Terapia Ocupacional como profissão está definida em termos formais e ideológicos. Não havia uma definições de termos técnicos que pudessem nos auxiliar a compor uma terminologia própria para os procedimentos em terapia ocupacional. Então, nessa tese comecei a mudança pela definição da profissão na qual a Terapia Ocupacional é a arte de aplicar conhecimentos científicos e empíricos em certas habilidades específicas, que vão do uso de atividades à criação de estruturas, dispositivos e processos, utilizados para converter recursos físicos, psicológicos e sociais em formas adequadas à prevenção, manutenção e tratamento em saúde, educação, na área social e em outras correlatas. Veja, Marcos, com essa definição eu posso arrebatar tanto subsídios e recursos teóricos, como metodológicos e técnicos para a terapia ocupacional. Esses recursos podem ser de qualquer tipo e de qualquer área, digamos até da própria física, da matemática, e compor com eles técnicas para a prevenção, manutenção e tratamento em saúde, educação e áreas correlatas, e até criar a teoria da técnica. Estamos tratando da multidisciplinaridade numa profissão. Há ainda a questão da arte nessa definição. Ela foi bastante criticada na minha defesa de tese, pela banca examinadora, uma vez que estaria fazendo uma comparação entre o que é arte e o que é ciência, duas áreas distintas do conhecimento (segundo a banca). Mas trata-se de tomar a terapia ocupacional como uma engenharia,

uma engenharia ambiental; trata-se de uma construção para fora, não só para dentro, ou melhor, de fora para dentro. Então, obrigatoriamente, a ética e a estética da terapia ocupacional são unhas. Na terapia ocupacional estão juntas a estética e a funcionalidade, tanto na realização de atividades como na relação triádica aí prevista. Nesse sentido, há, igualmente, a preocupação com os subsídios técnicos para os procedimentos. Por exemplo, o instrumento atividades. Como é que se define "atividades" em terapia ocupacional? Será que qualquer atividade existente pode ser utilizada em terapia ocupacional? É preciso delimitar os campos, e compreender como determinadas atividades podem integrar uma relação de terapia ocupacional. Assim, *atividades*, o instrumento da terapia ocupacional é definido como o terceiro termo de uma relação onde existe uma terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo, motivado por necessidade ou vontade de lá estar para fazer terapia ocupacional. Então, atividades como crochê, tricô, bordado, tapeçaria e culinária, que integram a vida do cotidiano do sujeito, e outras como exercícios específicos, adaptações técnicas etc., passam a constituir, com os dois outros termos, paciente e terapeuta, o setting da terapia ocupacional. Definições como essas duas nos permitem integrar os termos de uma terapia ocupacional (no sentido de procedimentos) e estabelecer que é possível a escolha pessoal de linhas teóricas que favoreçam o profissional na constituição e invenção de técnicas, que serão utilizadas conforme o momento e a necessidade do paciente. Veja por exemplo a importância das atividades. Com pacientes esquizofrênicos, é muito comum que fiquem mais próximos das atividades do que da terapeuta, que então, motiva, estabelece prioridades na produção de um objeto e cria espaço para que o paciente se libere a ponto de experimentar atividades expressivas. O que podemos dizer com certeza é que nesse setting há movimento e quem puder ler a dinâmica entre os três termos, paciente-terapeuta-atividades, e o interno e o externo tratará com muito mais eficiência. Uma vez que penso dinamicamente, a construção ou invenção de técnicas de terapia ocupacional é baseada em dois tipos de dinâmica. A dinâmica da confecção das atividades tem uma dinâmica própria - quando se faz crochê, temos um instrumento próprio para isso; quando se pinta, também sem importar se vai utilizá-la de forma adequada, ou começar pelo fim, o que acontece na maior parte dos casos, sem interferência no produto final (o paciente começa a fazer a figura em vez do fundo da figura, ou confunde o fundo com a figura num trabalho de desenho). No processo de realização de atividades, o importante é a existência da plasticidade. A isto eu chamo dinâmica das atividades. Por outro lado, existe a dinâmica do indivíduo numa relação. Isto inclui, é claro, sua psicodinâmica. Nós

sabemos que esta dinâmica permite que o sujeito opte, que faça escolhas, e também determine o caminho da terapia. Como terapeuta, vou atrás dele, e na maior parte das vezes, vou atrás das suas descobertas, na medida em que eu consigo reconhecer seu espaço virtual de saúde. Em seguida, procuro fazer que esse espaço comece a se ampliar. Basta que sigamos atrás, fazendo com que ele consiga produzir cada vez mais, ampliando esse espaço. Na observação da psicodinâmica do sujeito alvo podemos encontrar as referências internas a respeito de trabalho, de cotidiano e de afeto. Quando, por exemplo, alguém perde a referência da noção de cotidiano, é muito mais fácil retomá-la com atividades do que com palavras, ordens e ou determinações. Por outro lado, aparece a possibilidade de reacender o cotidiano, reacender lembranças da vida produtiva e do desenvolvimento, de coisas e pessoas, dos afetos perdidos com a doença, ou pelo isolamento - na maior parte das vezes os pacientes chegam com quadro de isolamento terrível. Os pais parecem que não percebem que eles estão perdendo a capacidade de estar com o outro e tomam isso como problemas sociais, dificuldades escolares, enquanto o sujeito está há muito tempo delirando e alucinando no seu quarto. Quando esses pacientes chegam, eles já perderam a noção de cotidiano, e é pelas atividades que poderemos escavar lembranças, que não terão de ser refeitas ou reabilitadas obrigatoriamente, mas poderão ser construídas com objetos e objetivos novos, pois aí o paciente já mudou.

Quando falamos de técnicas, pressupostos ou enunciados da própria terapia ocupacional, quero exemplificar com as trilhas associativas. Para inventar as trilhas associativas eu parti dos pressupostos da própria história da terapia ocupacional. Eu recapitulei os movimentos de tentativa de construção de programas de saúde mental, desde os primeiros, da Mesopotâmia até hoje. Todos esses programas primeiro colocavam como coisa muito importante o não enfrentamento dos sintomas, pelo menos no que diz respeito às ocupações, e mais tarde terapia ocupacional. Desde a Mesopotâmia, quando o louco era considerado louco, ele ia para os oráculos, ou para os templos, e lá ouvia música, dançava, lia orações para os deuses, e se organizavam cotidianamente em rituais. Esses rituais sem dúvida nenhuma criavam um cotidiano ritualístico. A partir daí eu comecei a pensar, e observar, que os meus pacientes faziam muitas atividades, mas dificilmente podiam comentar alguma coisa sobre elas. Quando comentavam era através de questões incisivas colocadas por mim como: você não vê aí tal coisa? Um pouco de psicologismo demais, aquela coisa da psicologia, dos testes psicológicos que a gente tanto aprende na vida profissional e também induz a determinadas compressões. Penso até que é possível ter a compreensão e

até um insight de alguma coisa que seja dita, de alguma imagem que passa pela nossa cabeça através da palavra quando se está numa análise. Mas, imagina um sujeito que fica quatro sessões fazendo alguma coisa pontiaguda, comprida, que pode ser vista como símbolo fálico, depois de todo esse processo quantas coisas não passam pela cabeça dele além das coisas da realidade, da preocupação do belo, de ficar bonito, da preocupação de ter aquilo até como produto que possa ser levado para casa e dependurado na parede. Então, nesse momento o homem não é um feixe de projeções e do meu ponto de vista não pode ser alvo apenas de interpretações. Comecei, então, a fazer como os pacientes, guardar suas atividades ou as fotos delas.

Depois, propus revermos essas atividades, não uma revisão, digamos, temporal, uma revisão por temas. Passei primeiro a escolher as que o paciente gostava, as que não gostava, para que ele pudesse estabelecer as relações entre as que gostava, e depois as relações entre as que não gostava, e assim por diante. Esse processo é que me permitiu verificar que era possível compor uma trilha associativa. Era usar as atividades para compor a memória, e depois, a história. História dentro de uma relação, uma história de uma relação terapeuta-paciente-atividades, que, apesar de baseada em duas dinâmicas já descritas, acaba por constituir-se numa única dinâmica de relacionamento entre os três termos. Para quem não tem o domínio de sua história, o espaço de historicidade, como diz Perrier, pode ser criado por um terapeuta ativo e, no nosso caso, ativado por atividades.

M.P: Jô, o psiquiatra que atende esquizofrênicos, pacientes com doenças afetivas, pacientes com drogadição, pacientes em crise, geralmente tem assim a difícil tarefa de entendê-los, fazer um diagnóstico correto, tratá-los às vezes utilizando fármacos, atendendo às vezes a família, discutindo francamente a doença com familiares, com o próprio paciente, mas com muita frequência, após todas essas atividades, o médico está absolutamente insatisfeito porque percebe que o espaço pessoal daquele paciente está diminuído e ele imagina o seguinte, para quem eu mando? A quem eu indico? Quem pode me ajudar na ampliação desse espaço pessoal? E a minha pergunta a você: em que medida o terapeuta ocupacional pode ser um continente desse esvaziamento pessoal e, ao mesmo tempo, poder ampliá-lo, ajudá-lo a se cuidar melhor, a ter um maior grau de independência, enfim, ter uma vida melhor, mais bem articulada?

J.B: Você sabe que algumas grandes teóricas da terapia ocupacional estão casadas com psiquiatras, e os livros e artigos são escritos pela dupla. Tenho a impressão que até hoje, essa é a melhor dupla de tratamento de pacientes da

Saúde Mental. É interessantíssimo isso. Com base nos aspectos que já coloquei, e que eu quero rever com você, chegaremos a algum lugar. O primeiro objetivo da terapia ocupacional é a ampliação de espaços virtuais de saúde, isso tanto para a área física como para a área mental. Segundo, eu quero lembrar que estou pensando sempre em termos de movimento, de dinâmicas, ou a dinâmica da realização de atividades e, concomitantemente, a dinâmica da relação, enfim, a dinâmica triádica. Depois, a questão do dentro e do fora implica também a terapia ocupacional na abertura de espaços para a vida. A questão do espaço interno / espaço externo, é também um jogo de realidades, não só um jogo da realidade psíquica, mas a realidade da vida. Então, na realidade vida ao ser encaminhado um paciente psiquiátrico para ser acompanhado por uma terapeuta ocupacional é o primeiro movimento para a solução do caso sem elucidação, quando a situação é bastante complicada no entendimento. A primeira colaboração da terapeuta ocupacional é fazer um diagnóstico situacional, diferente de um psicológico propriamente dito, diferente do serviço social, e diferente do psiquiatra da parte médica, da parte da doença. É um diagnóstico social, é situar o sujeito no momento em que ele se apresenta a nós. Ele se apresenta com trabalho, sem trabalho, morando sozinho, trancado no quarto, fala ou não fala com ninguém, se mostra desesperado ou não, se mostra alienado, mal vestido; é uma questão situacional. Além disso, a terapeuta ocupacional faz a observação e análise de todos os diagnósticos profissionais ou leigos que este paciente tem. Com todos os participantes da vida do paciente naquele momento. É uma coisa muito comum e não pode ser levado como uma brincadeira ou como descaso. Se o psiquiatra diz que ele é um esquizofrênico, eu tenho que considerar, porque isso é uma coisa muito séria, então, não há questionamento, vou aceitar esse diagnóstico. Mas ao lado disso, o pai, por exemplo, tem para ele o diagnóstico leigo de vagabundo. Aos olhos do pai ele é vagabundo, de fato, se o pai é alguém que não entende a doença, ele vai ser vagabundo. A mãe diz que ele é muito infantil, mas é comum porque a mãe está muito ligada, ela paparica aquele filho ou aquela filha como alguém que ainda estivesse na infância, os amigos dizem que ele é "f.d.p". Outro dia eu atendi um rapaz esquizofrênico e seu amigo, juntos, por causa de uma briga e o termo utilizado pelo amigo é que ele tinha sido "f.d.p", pois o havia abandonado no meio de uma briga, mas o paciente nem havia percebido que estava existindo uma briga. É assim que acontece! Os irmãos, os amigos, os familiares, a namorada, a mulher, cada um vai colaborar na composição desse quadro diagnóstico. O instrumental da terapeuta ocupacional neste caso é a observação, percepção e análise do quadro diagnóstico. Esse diagnóstico depende muito do olhar consciente e global da

terapeuta ocupacional, que sabe o que busca. Porque, se o psiquiatra diz que o paciente precisa tomar remédio, na cabeça dele muitas vezes cai como *eu vou tomar remédio para crescer*, porque minha mãe diz que eu sou infantil, ou para ficar esperto para ir trabalhar, para não ter dificuldade de trabalhar. Ai ele sofre um baque danado quando descobre que está sem a companhia das vozes que gostava tanto de ter com ele, dava angústia. Dava medo, mas ele já estava tão acostumado a elas. Então, tentamos trabalhar para que o paciente entenda qual é a função da medicação ou o porquê do pai o estar chamando de vagabundo. Isso não é uma coisa fácil para ele entender e só o tempo e muitas atividades incluirão no seu cotidiano a responsabilidade de cuidar de si mesmo. Quando penso no tratamento e nos estudos sobre a esquizofrenia, em quase todos os livros de psiquiatria é indicada a terapia ocupacional. A minha preocupação está, entretanto, de que a maior parte das teorias a respeito do tratamento de pacientes esquizofrênicos, é vinculada às propostas de Scheider, o enfrentamento dos sintomas. É uma proposta que coloca a indicação de terapia ocupacional semelhante a uma conduta medicamentosa. Por exemplo, se o paciente não tem organização então se obriga que ele faça atividades organizadoras (se é que isto existe). Com isso já começamos com uma perda. Perde-se a grande oportunidade de fazer com que a relação com o paciente seja também privilegiada nesse trabalho e dessa relação saia a autonomia e a independência. Se também levamos em conta a relação, temos que incluir a transferência. O paciente que sofre de esquizofrenia é um sujeito que logo se relaciona bem com a gente, aparentemente, só que isso não está dizendo que ele está ligado a nós, mas que ele está mesmo é totalmente ligado às suas fantasias. Podemos receber indícios de que está tendo uma transferência conosco, mas isso é pouco. Então, a entrada da terapeuta ocupacional faz com que passe a ser possível significar as atividades; não no momento em que ele as está fazendo, mas posteriormente, através da construção do espaço de historicidade. Por exemplo, na minha observação isto funciona muito diferente com esquizofrênicos, (acho que não deveria estar comparando), e doentes afetivos. Para os doentes afetivos é a produção a coisa mais importante, eles podem ser mobilizados de fora para dentro, na medida em que eles vêem o produto realizado, e gostam dele. Nos grupos de terapia ocupacional do Ambulatório de Doenças Afetivas lá do departamento, os pacientes passaram a se freqüentar fora do grupo. Pacientes às vezes com anos de depressão grave, resistentes a qualquer tratamento, sintomatologicamente graves. Através dos grupos de terapia ocupacional descobriram trabalho, lazer e novas profissões. De um paciente, por exemplo, eu me lembro muito bem: começou a fazer desenho no grupo de terapia

ocupacional, nunca havia feito desenho e descobrimos que tinha uma facilidade tremenda para fazer desenhos primitivos. Hoje sua profissão é de pintor primitivo que vende seus trabalhos em feiras de artesanato. Esta é a nova profissão dele, ele era um contador que já não conseguia fazer contas, quer dizer, no meio das contas ele parava para chorar, e hoje ele vende quadros primitivos principalmente nas feiras de Embú e da Praça da República. A produção nos casos de melancolia, de depressão e mesmo de mania, abre a possibilidade de espaços internos que permitem uma diminuição dos sintomas e uma ampliação do campo de relações. Quanto à dependência, eu brinco muito, e brinco até na minha tese de doutorado dizendo que os dependentes são chatos. Eles chegam até nós em estado bastante grave, totalmente “apaixonados” pela droga, seja ela qual for, negando qualquer tipo de relação com as terapeutas. Nesse sentido digo, penso e escrevo sobre a necessidade de uma certa sedução, de uma certa sedução agressiva para chamar a atenção desse tipo de paciente. Penso que a terapia ocupacional deve e pode chamá-lo para fazer parte da relação e fazer atividades. Neste caso as atividades muitas vezes ocupam o lugar de um objeto de ligação. O intermédio de uma relação que implica uma certa sedução. Por exemplo, quando o paciente está fazendo uma atividade, você fica sentado mais perto dele, numa aproximação na qual ele é obrigado a perceber sua presença; porque senão ele fica só fazendo discursos sobre a droga. Nestes momentos, a relação triádica paciente-terapeuta-atividade tem sua dinâmica alterada, privilegiando a relação terapeuta paciente. Isso não exclui as atividades, mas a sedução passa mais pela relação pessoa a pessoa. Na verdade a aproximação continua se dando através das atividades, mas, parece-me que elas não são suficientes para chamar a atenção na competição com as drogas. Minha última experiência no DPPM-UNIFSP deu muito certo. Com o Paulo Bloise e com a Márcia Menon no Ambulatório de Crise do pronto socorro, a experiência mostrou-me que a terapia ocupacional abre espaços virtuais de saúde, que abre espaços educacionais de produção, que ela realmente pode através do seu instrumental prevenir: nesse ambulatório descobri que ela pode prevenir à partir de uma crise. Não atendíamos só a primeira crise, mas todas as crises, inclusive o surto psicótico como crise, com um tratamento intensivo, onde o médico via o paciente uma vez por semana e a terapeuta ocupacional até três vezes por semana. Assim sendo, ela era a grande mantenedora de uma situação crítica e entrava com atividades e com uma certa complacência com o volume dos problemas que o paciente e a família traziam. Nesse projeto de assistência conjunta, obrigatoriamente o paciente é atendido pelo psiquiatra e pela terapeuta

ocupacional. Como não tínhamos uma grande equipe para atender as famílias, então algumas famílias que apresentavam problemas maiores eram atendidos por uma terapeuta de família. A importância que tem esse tipo de assistência é que num curto espaço de tempo, três a quatro meses, é possível agilizar o uso de atividades. E com poucas atividades, através das trilhas associativas fazer com que pacientes tenham consciência do seu estado. Por exemplo, as atividades realizadas por um paciente fez com que ele remontasse a história de sua crise. Além disso, mais do que através das palavras ou através da família, era no desempenho na terapia ocupacional que ficava clara a evolução da crise. Quando o paciente simplesmente amassava papéis, destruía objetos, cortava objetos é que ele ia se reconstruindo.

M.P: Jô, de toda a sua experiência na área da terapia ocupacional, você pode passar aqui uma série de situações envolvendo diversas formas de atuação em diversos tipos de pacientes. Para encerrar, como é que você vê as perspectivas futuras para a terapia ocupacional dentro da área de Saúde Mental?

J.B: Em primeiro lugar eu preciso agradecer a você porque novas perspectivas da Terapia Ocupacional, com a minha ousadia de criar uma escola de terapia ocupacional, sem dúvida nenhuma, foram intensamente incentivadas por você. Quando você participou da minha banca de qualificação no mestrado você disse que eu tinha escrito muito, mas que você achava que minha tese devia conter o que eu pensava, minha experiência como terapeuta ocupacional. A partir daí Marcos, eu estou totalmente dedicada a esse trabalho e com certa ilusão, fui para uma escola de terapia ocupacional. Gostaria de poder participar do estabelecimento da Terapia Ocupacional no Brasil. Não uma escola brasileira, mas sim, ver acontecer muitas. Só tenho que te agradecer porque foi você quem disse que queria me ouvir, ver e ler, te agradeço muito.

M.P: Em nome da Associação Brasileira de Psiquiatria nós queremos agradecer a Jô Benetton, dentro da exposição que fez hoje. Mais ainda, nós temos absoluta certeza de tê-la como participante ativa dos movimentos da atuação e ação da Terapia Ocupacional, junto aos movimentos em geral que buscam a reabilitação, a recuperação dos pacientes psiquiátricos. Também naqueles processos de desinstitucionalização, numa luta incansável em busca da cidadania. Muito obrigado Jô, em nome da A.B.P.

* transcrição de entrevista vol2, no 5 de Diálogos em Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria, novembro 1996. Nossos agradecimentos aos especializandos do Ceto, Fabricia Bignoto de Carvalho e Alexandre Cunha que transcreveram essa entrevista.