

“Redimensionando Atividades”

Autores

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

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

Resumo

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

Palavras-chave

Atividades
Instrumento
Terapia Ocupacional

Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Das Atividades

1. Conceito e função de Comunidade Terapêutica

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

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

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

2. Funcionamento da Comunidade Terapêutica

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

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

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

3. *Uso de atividade na Comunidade Terapêutica*

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

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

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

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

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

4. *Atividades como instrumento na Terapia Ocupacional*

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

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

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

5. *Uma experiência pessoal*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Caso clínico

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

Apresentando o "Caso"

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

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

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

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

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

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

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

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

4/2/1998

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

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

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

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

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

8/7/1999

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

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

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

31/1/2000

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

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

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

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

26/3/2000

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

P: - Ninguém agüenta jogar comigo!

T: - Joga bem?

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

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

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

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

P: Eu quero jogo de memória.

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

P: Por que tenho que vir às sessões?

T: Eu já te respondi.

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

30/3/2000

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

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

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

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

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

Conclusão

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

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

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

Referências Bibliográficas

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