

Relato de um Trabalho de Terapia Ocupacional Realizado no Ambulatório do Projeto Esquizofrenia do IPQ do Hospital das Clínicas da FMUSP

AUTORA:
ADRIANA DIAS BARBOSA

Terapeuta Ocupacional com aprimoramento em saúde mental pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, especializando em saúde mental pelo CETO e terapeuta ocupacional do hospital-dia infantil do instituto de psiquiatria do HCFMUSP e colaboradora do Projeto Esquizofrenia (PROJESQ).

ENDEREÇO:
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, s/n - 05403-010 - São Paulo - Brasil.

RESUMO:
Este artigo tem como proposta abordar a prática com pacientes do Projeto Esquizofrenia (PROJESQ) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A terapeuta ocupacional intervém nesse programa, assistindo a pacientes em ambulatório. Os atendimentos ocorrem tanto individualmente como grupal, os grupos acontecem uma vez por semana.

PALAVRAS CHAVE:
Terapia ocupacional, esquizofrenia, ambulatório

Introdução

Entre 1991 e 1995 no Instituto de Psiquiatria, funcionava o ambulatório de Terapia Ocupacional para neuroses graves e psicoses em geral. Com a saída de algumas terapeutas ocupacionais do setor, passa a manter o ambulatório do Projeto Esquizofrenia (PROJESQ). Como terapeuta ocupacional do PROJESQ atendo desde 1993 estes pacientes. São realizadas triagens, atendimentos individuais e grupos, encaminhamentos para outros serviços da comunidade e orientação familiar quando necessário. A partir de 1998, teve início o aprimoramento de Terapia Ocupacional no PROJESQ, estando com profissionais diretamente ligados à equipe multiprofissional nas discussões de casos novos e seminários apresentados pelos membros da equipe e atendimentos em terapia ocupacional. Atualmente estamos realizando uma pesquisa ligada ao ambula-

rio de esquizofrenia refratária do PROJESQ, sobre a eficácia da terapia ocupacional no tratamento de pacientes esquizofrênicos refratários ao tratamento psicofarmacológico.

Objetivos da Terapia Ocupacional

Considerando a esquizofrenia um transtorno com causas e efeitos biológicos, psicológicos e sociais onde o processo e o conteúdo estão afetados (Kaplan, Sadock, 1989), tornando-se muitas vezes crônica e incapacitante. Os pacientes com esquizofrenia tem como principal sintoma o isolamento social, apresentando dificuldades de se relacionarem afetivamente com os membros de sua família e outros. Esses distúrbios se refletem também na ação, apresentando em sua maioria dificuldades para manter o estudo e ou trabalho. Todos esses sintomas, denominados de sintomas

negativos (Andreasen e Olsen, 1982), podem ser trabalhados na terapia ocupacional. "A terapia ocupacional tem demonstrado ser bastante eficaz para a terapêutica de pacientes com esquizofrenia, particularmente aqueles em que sintomas negativos predominam e a resposta ao neuroléptico é pequena" (Shirakawa, 1992).

"Apesar de uma das dificuldades do paciente com esquizofrenia decorrer de perdas, tanto de expectativas de vida, do abandono social e familiar, ausência de metas e defeitos residuais, os pacientes com esquizofrenia podem conservar algumas funções de ego intactas. Dessa forma a abordagem psicossocial deve concentrar esforços nessas funções preservadas" (Carvalho, 1993).

Os objetivos da terapia ocupacional que considero importantes no tratamento do paciente com esquizofrenia e segundo alguns autores que trabalham com psicóticos (Fridman, 1990 e Benetton, 1993) são:

- trabalhar a integração de seus conteúdos dissociados, enfocando aspectos sadios e sua vinculação com o meio-ambiente;
- ser a terapia ocupacional um processo rico em informações que darão ampla margem ao estabelecimento de uma comunicação;
- criar elementos facilitadores de inserção social desenvolvendo técnicas grupais até um espaço de produção; e
- independente do tipo de atividade, seja ela artística, de lazer, profissional ou indicada em processo terapêutico, devemos considerar que sempre deve ter um significado para o paciente.

Recurso Utilizado

Fazer a leitura de uma atividade que tenha um significado para o paciente e também para o terapeuta é o pressuposto básico nos procedimentos da terapia ocupacional em Saúde Mental. É necessário pensar em uma teoria de base que justifique essa prática. Benetton (1991) parte da teoria de Winnicott sobre os fenômenos transicionais e a área intermediária de experiência, denominado por ele de "área de jogo" imprescindível no início de todo o processo terapêutico. Propõe que esta relação lúdica possa permitir a articulação da relação terapeuta - paciente - atividade, uma vez que o paciente psicótico oscila entre momentos de total indiscriminação entre realidade interna e externa e outros momentos, onde pode estabelecer uma relação lúdica com o outro. Propõe ainda que o paciente psicótico possa ser trabalhado "na medida em que o terapeuta e a atividade podem ser sentidos como fenômenos transicionais, e que tal ocorrência infere a existência da transferência".

Define a partir desses pressupostos o conceito de "Trilha Associativa num Campo Transferencial" (1994),

como uma série de atividades realizadas pelo paciente, tendo a investigação clínica como base, e ao rever esses trabalhos, terapeuta e paciente em busca de lugares comuns, de semelhanças e diferenças, de identificações e nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nesta relação. É esperado que através das atividades o paciente possa também contar sua própria história.

Para que o estabelecimento de uma comunicação se faz necessário o uso das atividades como recurso terapêutico, sendo elas o terceiro termo da tríade terapeuta-paciente-atividade.

Outro ponto importante de ser abordado é relativo ao setting da terapia ocupacional. É necessário que o espaço seja agradável, que possibilite desde a construção de atividades de livre criação, até um espaço de aprendizagem e integração que o paciente faz consigo mesmo, com o terapeuta ou uma provável situação de integração em grupo. Quando o paciente com esquizofrenia é encaminhado para terapia ocupacional, tanto ele como seus familiares deverão ser esclarecidos a respeito dos objetivos, incluindo o estabelecimento de um enquadre específico para o processo terapêutico. Um processo terapêutico só pode ser investigado quando mantidas as mesmas constantes. Bleger (1985), aponta que algumas constantes mínimas com psicóticos devem ser mantidas, como os fatores espaciais e temporais tais como a pontualidade, local, dia, horário de início e término do atendimento. Além da importância de se ter uma terapeuta ocupacional disponível, constante, facilitadora e presente. Um bom começo em terapia ocupacional ocorre através do contrato terapêutico. Além de enfatizar a realização de atividades, cabe à terapeuta ocupacional explicar ao paciente que o produto deles é do próprio paciente, sendo que algumas atividades podem ser escolhidas para fazer parte do prontuário e outras serão registradas (escrita, fotos ou filmes), para compor trilhas associativas da relação terapeuta-paciente.

Abordagem Individual

Quando o paciente é encaminhado por outro profissional para fazer terapia ocupacional, ele é entrevistado para coleta de dados de sua história, enfatizando sua história ocupacional e de atividades, normalmente é solicitado o acompanhamento de um membro da família. Após esse primeiro, dependendo da avaliação e das necessidades do paciente, pensa-se em qual abordagem beneficiaria mais o paciente: individual ou grupal.

Uma abordagem individual seria destinada a pacientes com esquizofrenia com impossibilidade de inserção grupal imediata, considerando a especificidade de seu quadro clínico. Alguns pacientes necessitam adquirir confiança no tratamento e no terapeuta. Uma

vez estabelecido o vínculo terapêutico, haverá grande chance de inseri-lo em grupo, onde sairá de uma relação dual com o terapeuta para uma relação que inclua outras pessoas. Determinados pacientes por apresentarem tanta dificuldade de relacionarem-se com outros, acabam ficando por muito tempo na abordagem individual.

Abordagem Grupal

A abordagem grupal é o espaço onde os pacientes possam compartilhar, comunicar, sentirem-se integrados com outras pessoas, convivendo com limitações e potencialidades, vivendo em um sentido terapêutico (Maximino, 1991).

Em se tratando de pacientes com esquizofrenia, onde há uma problemática relacional, facilitando neste caso a presença de sintomas negativos, os grupos de terapia ocupacional favorecem o que Winnicott chama de Espaço Potencial, onde se deve ter duas características básicas, a confiabilidade e o oferecimento de um ambiente facilitador da exploração do mundo de maneira gradual. O que surge neste espaço deve contribuir para estimular a experimentação (Maximino, 1995).

Ferrari e Aguirre (1990), também fazem algumas considerações a respeito dos objetivos dos grupos realizados com psicóticos:

- o grupo como propiciador de identificações;
- o grupo dá a possibilidade de ensaiar ou aprender novas condutas mais adequadas, condutas essas que podem ser extrapoladas para outras situações;
- o entramado vincular proposto por um grupo terapêutico potencializa a vivência, o manejo e o aparecimento da afetividade;
- por ter uma configuração ou conformação familiar, o grupo pode proporcionar ao paciente a vivência de novos vínculos, permitindo a entrada de outros integrantes.

Reabilitação Psicossocial do Paciente com Esquizofrenia no PROJESQ

Quando o paciente do PROJESQ é encaminhado para o tratamento em terapia ocupacional, na maioria das vezes, a expectativa do profissional que o encaminha e da família é o de reabilitação para novamente incluí-lo num processo produtivo e social. Como esses pacientes apresentam muitas dificuldades inerentes ao seu quadro, Farkas e Antony (1989) dificuldades em colaborar na reabilitação, Farkas e Antony (1989) apontam algumas premissas para o desenvolvimento desse processo (Louzã, 1995):

- A simples adesão ao tratamento medicamentoso não é capaz, por si só, de propiciar a reabilitação. É necessário considerar ainda que muitos pacientes têm recidivas e que particularmente sintomas negativos são ainda de difícil tratamento.
- A necessidade para que um programa de reabilitação seja efetivo, não só a nível ambulatorial, mas que também sejam desenvolvidos programas a longo prazo, necessitando não só de um respaldo pragmático, mas também social e psicológico.
- Não é possível prever que o paciente fora do seu ambiente terapêutico possa ter uma adequação social, pois devemos considerar que nem sempre ele consegue se adaptar em casa ou no meio social devido a falta de compreensão em relação a sua problemática. Isso tudo o leva a não se sentir prático.

A terapia ocupacional tem um papel importante na reabilitação do paciente com esquizofrenia. A terapia ocupacional intervém ao paciente de forma a orientá-lo no momento que este se encontra pronto em busca de uma profissão. Há outras intervenções como oficinas terapêuticas, centros de atenção psicossocial e centros de convivência que colaboram com esse trabalho. Esta função não só depende diretamente do terapeuta ocupacional mas inclui outros profissionais da área de Saúde Mental. Um caso clínico ilustra os pressupostos aqui apresentados.

Caso Clínico

A., 39 a, solteiro, reside em São Paulo com a mãe. O segundo filho, de três, seus irmãos são casados. O pai faleceu há 5 anos. Fez o 2o. grau completo. Já trabalhou como office-boy, operador de máquinas de xerox em três firmas diferentes. Com 18 anos trabalhou como escriturário em um banco. Sai dos empregos alegando que os colegas faziam chacota e riam dele. Aos 27 anos, procurou o PROJESQ e na primeira entrevista disse: "Percebo um tipo especial de comunicação entre as pessoas há 12 anos". A conta que desde criança sempre foi isolado, inseguro e deprimido. Sentia-se inferiorizado em relação aos colegas por causa de sua aparência física. Evitava contato com estes por desconfiar que lhe colocavam defeitos. Com 21 anos compreendeu o motivo dos seus sentimentos na infância, descobrindo que realmente havia um tipo especial de comunicação entre as pessoas. Explica essa comunicação como sendo uma capacidade dos seres humanos de enviarem mensagens "mentalmente" sem que estejam falando. Afirma ser o único que não possui esta comunicação. Mas as pessoas utilizam desta comunicação para falar mal a seu respeito, colocando-lhe defeitos e fazendo isso sem que ele possa se defender. Quando questionado sobre como percebia essas

municações, não sabia responder. Em alguns momentos fala que seus pensamentos podem ser transmitidos independentemente da sua vontade.

Já fez tratamento particular, teve uma única internação aos 23 anos. Utilizou vários neurolépticos e antidepressivos com melhoria parcial dos sintomas. Iniciou com a medicação Clozapina em janeiro de 1993 e permanece com esta até hoje.

Foi encaminhado para Terapia Ocupacional em agosto de 1993, com diagnóstico de esquizofrenia paranóide e nesta época fez a triagem. Aí ficou surpreso quando foi encaminhado para outra terapeuta com o mesmo nome meu, achava que seria eu que iria atendê-lo. Ficou com esta terapeuta durante 1 ano, depois, passou a ser acompanhado por mim, por motivo de mudança no Setor de Terapia Ocupacional, onde começo atender exclusivamente os pacientes do PROJESQ.

Início o atendimento com A, individualmente e semanalmente. O paciente estava bem familiarizado com o tratamento. Conta que passou por vários médicos, analistas e psicoterapeutas e que realmente só se deu bem com o tratamento em Terapia Ocupacional. Apresenta-se muito ansioso com a mudança de terapeuta, sempre trazendo nos atendimentos o porquê da outra terapeuta não mais atendê-lo.

Sabendo que não havia terminado uma pintura que iniciou em tela, com a outra terapeuta, sugeri que ele desse continuidade, não conseguindo retomar esta atividade resolveu fazer pintura em gesso. Desde o início falava pouco de si e apenas contava o que aprendeu a fazer na terapia ocupacional e o que gostava. Observei o quanto preocupava-se com a organização da sala, com a realização da atividade que deveria ser algo que ficasse perfeito, mantém esta postura até hoje. Deu continuidade ao tratamento de terapia ocupacional, na mesma sala que fizera anteriormente, com a outra terapeuta, já sabia onde estava o material e como organizá-lo.

Percebi o quanto era difícil para A aceitar as mudanças, questionei com ele sobre sua dificuldade, e que mudanças faziam parte do processo. Entendia o quanto era difícil para ele ter que depositar confiança em mim, dizendo-lhe que com o tempo me conheceria melhor e poderia aceitar que cada pessoa tem suas características próprias.

Após cinco atendimentos resolveu retomar a tela, tomei o cuidado neste momento para que tudo saísse de acordo com o já planejado com a outra terapeuta. A realização desta tela demorou vários atendimentos, sendo que pouco conversava, apenas nos preocupávamos em fazê-la. Solicitava sempre que eu pudesse corrigir os seus erros. A pintura tratava-se de uma janela aberta onde se via uma vasta vegetação com folhas, flores e árvores que faziam parte de um caminho de

terra onde se avistava o horizonte. Esta pintura foi reproduzida de uma fotografia de revista. Pronta a atividade, descreve este lugar como tranquilo, cheio de paz e bonito. Nesse momento, refere o quanto gostaria de viver tudo isso, angustiado pela primeira vez, conta o que sente, embora diga que não sabe explicar tal sentimento. É como se ele não soubesse se defender das pessoas, “elas não entendem o que acontece comigo, vim para o mundo para cumprir uma missão”. Sente algumas vezes vontade de morrer por isso. Ficamos mais de um atendimento sem fazer atividade falando de suas questões. Este é o momento do tratamento no qual A começa a refletir sobre si mesmo.

Começou uma nova etapa do tratamento, onde solicitou fazer novamente pintura em gesso. Escolheu atividades simples e que de preferência que acabavam logo. As atividades são porta-jóias, cinzeiro e vasos pequenos. Não gosta de deixar nenhuma atividade pronta na Terapia Ocupacional, levando-as todas para casa.

Através do seu interesse por pintura, buscamos juntos várias técnicas, onde pudesse experimentar e aprender diversas variedades de tintas utilizadas em gesso, desde técnicas como Borsato, Fiorentino, Porcelana Portuguesa e Perolado, incluindo até novas experiências.

Passa a realizar aos poucos atividades com mais detalhes, exigindo muito mais dele. Começou pintando animais e objetos, passando para estatuetas de anjos, mulheres nuas, um casal de namorados, presépio e sua atual atividade é um homem que diz ser “Deus”. Sugeri que ele fosse até à loja onde são vendidas as peças de gesso e escolhesse uma peça que fosse do seu gosto, pois refere que deseja pintar uma escultura grande de gesso, mas até hoje não foi. Quer realizá-la minuciosamente para não errar nenhum detalhe. No início do tratamento sentia muita insegurança quando tinha que pensar nos detalhes da atividade, suas mãos tremiam, ficava irritado e ansioso e me pedia sempre para dar o acabamento final, atualmente faz isso com menos frequência, apresentando autonomia e independência, dominando mais a técnica. A sempre teve uma mulher perfeita, não aceitava que a mesma arrumasse um namorado, embora não demonstrasse declaradamente. Refere ser ela sua única amiga. Chegou a dizer algumas vezes que quando a sua mãe morrer, ele irá junto. Nos atendimentos sempre contava-me de um amigo da mãe, que frequentava sua casa, quando questionei se era o namorado dela, negava. Depois de muito tempo consegue admitir, mas diz que sente uma certa “estranheza” em relação ao namorado da mãe. Com o pai sentia a mesma estranheza e tinha uma relação difícil por isso. Um dia chegou no atendimento dizendo que estava triste e não sabia o motivo. Escolheu um anjo para pintar, quando questionei sua tristeza

não conseguia falar. No final do atendimento lembra que sonhou com o pai, querendo conversar com ele. Refere muita culpa, e que seu pai era muito bom para ele e não merecia seu desprezo. Levantei a hipótese que talvez estivesse com saudades do pai, sendo este o motivo de sua tristeza. A, concordou que realmente sentia falta dele. Pudemos então falar um pouco desta falta e de seu relacionamento com o pai. Acredito que neste momento ele teve a oportunidade de começar a elaborar a sua tristeza.

A, hoje reconhece o espaço da terapia ocupacional como o dele, organiza seus materiais, cuida da limpeza dos pincéis e inclusive separa cores e peças que utilizará em outros atendimentos. Não vai embora enquanto não guarda sua atividade em lugar seguro, acha que outras pessoas que vão ao setor podem quebrá-la, por isso leva-as correndo para casa.

Durante todo o processo em terapia ocupacional, passou além de ter um interesse por coisas novas, como a pintura, também tem mais iniciativa para a vida social, vai a bailes, embora com a mãe e com alguns amigos, chegou a fazer yoga e também viaja para casa de alguns familiares. Foi sugerido várias vezes que A fizesse um curso de pintura, chegando a pensar em ir até o local. Sugiro ir junto mas sempre procura adiar esta possibilidade. A cada dia fica mais motivado, talvez lhe falte um pouco mais de coragem de experimentar coisas novas. A, nunca namorou. Já teve diversas relações sexuais e atualmente não menciona nada a respeito.

Solicitei um dia que fotografasse todas as suas atividades com o objetivo de reconstruir sua história, a partir do seu percurso na terapia ocupacional (trilhas associativas). A, fica entusiasmado e sugere que levaria a máquina fotográfica para sua casa. Em sua casa colocou as atividades em ordem fotografando-as mas, infelizmente todas as fotos saíram "fora de foco", tentamos compreender o que tinha ocorrido, ficou chateado, mas resolvemos repetir a experiência novamente. Combinei de ir até a casa dele, tiramos algumas fotos de atividades escolhidas por ele, conversamos e tentamos fazer associações, mas infelizmente descobrimos que o problema não estava só em saber tirar fotos, mas também na máquina. Atualmente A, ainda apresenta algumas queixas como por exemplo, "não saber se defender das pessoas", apesar de conseguir hoje, conviver um pouco melhor com isso. Ainda não tem muita crítica de sua doença, clinicamente está bem e na terapia ocupacional, estamos tentando cada vez mais construir trilhas, na medida que também A. possibilite esta entrada de forma mais tranquila. Solicitei um segundo momento para tentarmos novas trilhas, mas neste momento A. encontra-se hesitante. Acredito haver uma interferência da mãe neste momento. Em um dos últimos atendimentos, A relata que sua mãe sempre questiona suas atividades

referindo que as mesmas não apresentam "cores adequadas", um exemplo disso é quando A, pinta um coelho de gesso de azul e pede minha opinião em relação a cor, então lhe disse: "poderia ser branco", mas A não gosta da sugestão e pinta de azul. Afirmo-lhe na terapia ocupacional ele tem o direito de escolher suas atividades e cores e que provavelmente há um sentimento que descobriremos juntos, relata então que desde pequeno sempre procurou escolher roupas que fossem do gosto da mãe. Um dia, diz A, fui com meu irmão comprar roupas, escolhi uma camiseta vermelha por que era cor preferida da minha mãe. Já o meu irmão escolheu o amarelo porque era sua cor preferida. Minha cor preferida era a azul. Quando chegamos em casa perguntei a minha mãe qual ela achava a camiseta mais bonita esperando uma resposta que fosse minha. Então ela disse: "gosto das duas".

A, traz esse relato num momento onde ele fica muito angustiado em relação as escolhas que ele pode fazer ou não em sua vida.

Estamos ainda tentando trilhar caminhos em busca de sua história que para A, talvez seja ainda muito difícil de ser contada.

Referências Bibliográficas

- Andreasen, NC; Schizophrenia: Positive and Negative Symptom and Syndrome In: "Modern Problems of Pharmacopsychiatry" vol. 24, Karger Iowa City, 1990.
- Benetton, MJ; Trilhas Associativas: Ampliando recursos na Clínica da Psicose, São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- Benetton, MJ; Terapia Ocupacional in: Caetano D; Frota-Pessoa O; Bechelli, LPC (eds). Esquizofrenia - Atualização em Diagnóstico e Tratamento, Ed. Atheneu, 1993, pp 261-265
- Benetton, MJ; A Terapia Ocupacional como instrumento nas Ações de Saúde Mental, tese de Doutorado de Saúde Mental Unicamp, Campinas, 1994.
- Bleger, J; Simbion y Ambigüedad: Estudio Psicoanalítico, Buenos Aires, Paidós, 1967.
- Carvalho, RG; ressocialização in: Caetano D; Frota-Pessoa, O; Bechelli, LPC (eds) Esquizofrenia - Atualização em Diagnóstico e Tratamento, Ed. Atheneu, 1993, pp. 275-282.
- Ferrari, S; Aguirre, B; Aspectos do Funcionamento da Clínica e Grupos e sua Especialidade na Terapia Ocupacional, Boletim de Psiquiatria E.P.M., São Paulo, 1990, vol 22/23 pp. 21-23
- Fridman, D.B.; Programas de Atendimento ao Paciente Psicótico - Ambulatório de Saúde Mental, Revista de Terapia Ocupacional, vol. 1, no. 1, agosto 1990, pp. 47-53
- Kaplan, H.I.; Sadock, BJ; Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, Williams & Wilkins, 1989.
- Louzã Neto, MR; Motta, T; Wang, Y; Elkis, H. (orgs). Psiquiatria Básica, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.
- Maximino, V.S. O Atendimento em Grupos de Terapia Ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Carlos, vol. 1 no. 2, agosto, 1990-janeiro 1991, pp 105-119.
- Maximino, V.S. A Constituição de Grupos de Atividades com Pacientes Graves. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, vol. 1 no. 1, São Paulo, 1995, pp 27-32.
- Shirakawa, I. O Ajustamento Social na Esquizofrenia. São Paulo Lemos Editoria, 1992.
- Winnicott, DH. O Brincar e a Realidade, Imago, Rio de Janeiro 1975.
- Winnicott, DH. Da Pediatria à Psicanálise, Francisco Alves, F de Janeiro, 1975.