Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: Relato de Uma Relação Possível

AUTORA:
Vana Bock

Terapeuta ocupacional, especializada em Saúde Mental pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) e especializanda do CETO.

ENDEREÇO:
Rua Arataca, 165 - 04645 - 070 - São Paulo-SP

RESUMO:

O artigo traz o relato de um atendimento clínico de terapia ocupacional à um paciente psicótico grave, desenvolvido numa instituição pública, o NAPS de Santos. A partir dessa experiência, a autora levanta a discussão da possível relação entre a especificidade da Terapia Ocupacional e os programas de Reabilitação Psicossocial.

PALAVRAS-CHAVES:

Terapia Ocupacional - Processo Terapêutico - Reabilitação Psicossocial

I — Introdução

Falar sobre uma intervenção clínica específica de terapia ocupacional desenvolvida dentro de uma instituição que se baseia nos pressupostos teóricos e nas práticas da Reabilitação Psicossocial pode parecer, à maioria dos leitores, uma associação paradoxal ou até mesmo impossível. Porém, passar pela experiência clínica de atender "J.", usuário do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS II) de Santos, mostrou-me que essa associação não só é possível como também me fez pensar que a especificidade da Terapia Ocupacional pode dar grandes contribuições aos programas de Reabilitação Psicossocial, ao se utilizar de técnicas próprias que visem a inserção social possível para cada indivíduo.

Contarei brevemente o caminho de minha formação profissional, o que talvez me autorize a escrever o relato clínico que se segue. A Reabilitação Psicossocial me foi "apresentada" quando ainda estava na graduação; na época, ela era para mim sinônimo de duas importantes experiências: a da reforma psiquiátrica de Trieste (Itália) e a de Santos. Segundo Ana Pitta, "no

seu sentido instrumental a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes de Saúde Mental". "Implica numa ética de solidariedade que facilite o sujeito com limitações para os afazeres cotidianos, para o aumento de contratualidades afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade" (PITTA, 1996). Para mim, a Reabilitação Psicossocial representa a possibilidade concreta de transformação do sistema de atenção às pessoas com sofrimento psíquico: a desconstrução do modelo asilar-manicomial e a criação de serviços abertos e territoriais. Não vejo possibilidade alguma de inserir socialmente um indivíduo trabalhando em instituições fechadas, nas quais os muros representam concretamente a ruptura com os laços familiares, com as trocas sociais, culturais, afetivas, enfim, com qualquer resquício de vida anterior à doença ou à crise. Decidi que nunca trabalharia numa instituição de modelo asilar.

Mais adiante, quando iniciei meus estágios e me aproximei do que é “vir a ser t.o. de fato”, deparei-me com muitas inquietações em relação à minha identidade profissional, talvez em função da insegurança na prática clínica. Dei início à uma busca que se segue até hoje: a da especificidade da Terapia Ocupacional, o desenvolvimento de novas técnicas e significados às nossas práticas clínicas. Tentando preencher tal lacuna da minha formação, especializei-me em Saúde Mental na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) e sou atualmente aluna do curso de especialização do CETO.

O relato do caso que irei apresentar é resultado de uma proposta sugerida numa das disciplinas do curso do CETO (T.O.-Trilhas, sob a responsabilidade da terapeuta ocupacional Solange Tedesco), segundo a qual cada aluna deveria, ao término do curso, apresentar uma trilha associativa (procedimento técnico de intervenção de terapia ocupacional criado por Jô Benetton) realizada junto a algum paciente. O trabalho que aqui apresento não vem cumprir com a proposta em sua globalidade, na medida que o desenrolar do processo terapêutico escolhido não chegou à fase da “compilação das atividades” e foi, de alguma forma interrompido, devido o meu pedido de afastamento da instituição. Ainda assim, dos casos que tenho atendido, o “caso J.” é o que mais me mobilizou a pensar na possibilidade de aplicação das trilhas associativas, o que inclusive me causou certo arrependimento de não ter proposto a compilação das atividades antes da minha saída; sei, porém que de alguma forma o processo foi finalizado. Já que as trilhas associativas não se restringem à compilação das atividades mas à tudo o que foi feito, compartilhado e comunicado anteriormente durante o processo terapêutico, aqui apresento o “caso J.”.

II – Situando

Conheci Jaciro no mês seguinte ao que comecei a trabalhar no NAPS II, em setembro de 1996. O NAPS é uma instituição que faz parte do Projeto de Saúde Mental da Prefeitura de Santos, que vêm criando, desde 1989, uma rede de serviços territoriais substitutivos ao antigo modelo asilar que havia na cidade até então. Antes de conhecê-lo pessoalmente, fui criando uma forte imagem interna dele através dos comentários que ouvia à seu respeito nas reuniões de equipe: “J. é certamente um dos casos mais graves do Naps”, “...é um esquizofrênico “de livro”, “você não pode imaginar como ele era antes, no Naps antigo...”, “... esse é psicótico mesmo, precisamos dar mais atenção à esse tipo de usuário e não aos psicopatas que rondam a instituição”, “Ele precisaria de uma mini-equipe para atendê-lo...”, “...não me disponho a atendê-lo, ele não se vincula à mim....já fui até agredida por ele”, “Quem se disporia a entrar no caso?”. Foi então que resolvi entrar nessa história... gosto do inusitado e de desafios. Atuaria junto à uma equipe formada por uma

psiquiatra, uma psicóloga e duas auxiliares de enfermagem.

Os primeiros contatos com J. vieram a confirmar sua gravidade e muito me mobilizou a intensidade de seu sofrimento psíquico. Jovem, aproximadamente 30 anos, magérrimo, pálido, um olhar triste e distante, a pele dos polegares em “carne viva” devido aos seus maneirismos, descuidado, muito educado no contato, parecia que nada poderia mobilizar positivamente sua libido, seus desejos e a vontade de viver.

Através da leitura do prontuário, da conversa com os profissionais que já o atendiam, com o próprio J. e com sua mãe, fui conhecendo sua história. Nascido em Curitiba, Jaciro teve uma infância normal, apesar de sempre ter sido muito tímido. Na adolescência, sofreu um acidente que lhe fez perder a visão de um dos olhos, além da alteração estética. Segundo a mãe, esse fato o marcou profundamente, tornando-o “mais retraído e complexado”. Outro triste fato, provavelmente um dos fortes fatores desencadeantes do enlouquecimento de J. foi a morte súbita e repentina do pai e, o mais agravante, a ação da mãe “boa-demais”, que negou durante meses a morte do pai ao filho, dando justificativas de sua ausência que obviamente, no íntimo, não convenciam. Tais assuntos ficam escondidos sob o peso do silêncio. J. nunca comentou sobre isso.

Após se mudarem para Santos, J., que tinha estudado até o curso ginásial, passou a trabalhar como tapeceiro, consertando móveis. Seguiram-se então sucessivas crises e internações na Casa de Saúde Anchieta. Após a intervenção nesse hospital psiquiátrico, J. passou a se tratar no Naps.

Suas crises eram fervorosas, chegando a agredir fisicamente a mãe e ameaçá-la de morte. Abominava ficar em hospitalidade integral no Naps e suas fugas eram incontáveis. Seu comportamento mobilizou empaticamente a equipe e até hoje as pessoas comentam a agonia que sentiam ao vê-lo em catatonia horas seguidas, pendurado na grade de um portão, ou então em seus infinitos “rituais corporais”, que criavam uma redoma imaginária que impedia que as pessoas se aproximassem. Alguns profissionais da equipe se envolveram de tal forma na intervenção terapêutica, que chegaram a dormir na casa de J., para evitar que ficasse internado, respeitando essa sua vontade e aliviando o medo e tensão da mãe.

Hoje sua psicose se expressa de forma diversa: nos últimos dois anos, mantém um delírio paranóide crônico, não mais agride fisicamente a mãe, não apresenta catatonia e suas estereotípias e maneirismos diminuíram bastante. Toma uma imensa quantidade de medicações, entre neurolépticos, ansiolíticos e antidepressivos. Devido à sua história de esconder comprimidos embaixo da língua e não ingerí-los, sua mãe os esmaga e dilui, formando um caldo azul-esverdeado amargo, que mais parece veneno. Na época em que comecei a tratá-lo, os principais focos problemáticos

eram a não-aceitação da medicação e da alimentação. Mas o que predomina constantemente em sua vida é a questão do seu isolamento e a precariedade da sua inserção social...e sua tristeza, e seu vazio, e sua falta de tonalidades afetivas e de uma razão para a própria existência...

III — O Processo Terapêutico: Trilhando Caminhos, Construindo Histórias...

Descrever o percurso que eu e J. tivemos juntos é um grande desafio. Gostaria de acreditar que a transformação de vivências e sentimentos em palavras fosse tarefa apenas para os poetas. Sei, no entanto, que é tarefa também para os “aprendizes” da clínica da T.O...É uma pena que as atividades de J. não sejam apresentadas junto à esse trabalho, pois elas diriam muito. Mas enfim, mãos à obra!

Atendí J. de outubro de 1996 à setembro de 1997. Quase um ano de trabalho. Meu primeiro contato com ele foi numa visita domiciliar, na qual fui apresentada pela psicóloga. Impressionou-me o vazio e frieza do apartamento, a impessoalidade do quarto de J. (que era também a sala), a ausência de qualquer objeto alegre e decorativo. A única coisa que havia pendurada na parede era um quadro com uma frase extremamente negativista e pessimista... Fiquei pensando como seria acordar todos os dias e se defrontar com aquele quadro. O aposento de J. é escuro, não há janelas pois há uma divisória que transforma a outra metade da sala em quarto, que é alugado para um senhor, a fim de aliviar as dificuldades financeiras. Ele fica com as janelas... J. tem passado grande parte de seu cotidiano nesse ambiente. Mal sabia eu que aquele espaço seria, mais tarde, o nosso “setting terapêutico”.

Nos dois primeiros meses de atendimento à J., eu questionava se ele me aceitaria como terapeuta e se conseguiríamos construir uma aliança ou relacionamento terapêutico. Apesar de sempre muito educado, J. estava sempre muito distante e todas as propostas que eu fazia pareciam ter um peso insuportavelmente grande para ele. Nenhuma atividade parecia lhe proporcionar qualquer tipo de prazer e mesmo a minha presença parecia-lhe dispensável. Contratransferencialmente, eu vivia a ambivalência da frustração e da vontade de ajudar.

J. estava recusando a medicação em casa, o que sempre gera tensão na mãe e equipe, temendo que ele entre novamente em crise. Propusemos então que ele fizesse Hospital-Dia no Naps pois assim garantiríamos que tomasse a medicação e quem sabe conseguiríamos inseri-lo em alguma oficina terapêutica: grupo de argila (coordenado pela psiquiatra que o atende, sendo que ele já havia frequentado), grupo de expressão artística, grupo lúdico ou grupo de cinema. Mera ilusão: durante dois meses J. foi com certa regularidade ao Naps, tomava a medicação, porém não aderiu

aos grupos. Ao contrário, ficava horas, fizesse frio ou calor, sentado na entrada do Naps, encolhido e cabibaixo, próximo à um canteiro de plantas. Todas as tentativas de oferecer alternativas para tirá-lo dali eram inúteis. Para J., alí talvez fosse o espaço mais acolhedor do Naps. Percebendo isso, resolvi ir até ele, inserindo-me naquele espaço, o “cantinho do J”.

Importante ressaltar que a ideologia de trabalho no Naps, a reabilitação psicossocial, não prioriza a especificidade profissional e, assim sendo, não há sala de terapia ocupacional na instituição. Dispunha apenas de um armário com alguns materiais que ficavam na única sala mais ampla e agradável mas que, infelizmente, é também passagem para o posto de enfermagem, onde há grande movimentação. A sala não propicia nenhuma privacidade. Bem, passei a atender J. no local em que elegeu como o mais “seguro e agradável do Naps”. Passei então a reservar sempre dois horários da semana para atendê-lo. Nesse período, muito significativas foram as atividades de leitura conjunta que realizamos, que propiciou uma dinâmica própria e singular. J. pediu que eu trouxesse livros de história, biologia e de contos, assuntos pelos quais ele se interessava. Algumas vezes líamos em silêncio, outras vezes em voz alta até que, espontaneamente, chegamos à um jeito muito particular de realizarmos tal atividade: um de nós começava a ler o texto em voz alta, enquanto o outro seguia com os olhos; subitamente, sem avisar, o que estava calado começava a ler em voz alta, geralmente no meio de uma frase e o outro cedia, silenciando-se mas continuando a leitura com os olhos. Vejo essa dinâmica como um marco na possibilidade de continuarmos caminhando juntos, ora invadindo o momento do outro para que algo mudasse, ora sendo invadido, ora cedendo-se ao desejo do outro, ora “ditando as regras do jogo”...Essa dinâmica de leitura se repetiu muitas vezes, o que foi abrindo a possibilidade de resgatar o prazer do jogo e do lúdico em Jaciro e instaurando certa cumplicidade na nossa relação. Talvez o início de um código secreto.

Na medida que a questão da medicação foi sendo trabalhada com J, ele concordou em voltar a tomar a medicação corretamente se ela se reduzisse ‘a duas vezes ao dia. Fizemos então novo contrato terapêutico, no qual Jaciro se comprometeria a vir ao Naps para as consultas médicas, atendimentos comigo e grupo de expressão artística. Ele só cumpriu com o contrato medicamentoso. Passou-se um mês no qual fizemos algumas visitas domiciliares. Não estivemos tão próximos, mas penso que isso tinha certo sentido na nossa cumplicidade: ele havia permitido que eu entrasse no seu espaço de outrora e agora era a minha vez de ceder um pouco. Hoje percebo que eu ficava para J., em alguns momentos, como Bourdin dizia, “como um presença no horizonte”.

Durante as visitas domiciliares, percebemos que J. sempre temia o fato de estarmos indo alí para interná-lo; esforçava-se para mostrar-se bem, para que isso não

ocorresse. Incomodava-me, porém, que o “estar-bem” de J. resumia-se a não estar com sintomas muito produtivos, aceitar a medicação e alimentar-se corretamente. Parecia já estar instaurada na história de J. a dificuldade de obter algum avanço além desses.

Conversamos entre a mini-equipe e decidimos investir no caso de forma mais intensa e com novas propostas. Como novamente ele estava com inapetência e ameaçando de parar a medicação, optamos por atendê-lo domiciliarmente três vezes por semana ao invés de propor-lhe H.D. ou internação. Queríamos propiciar à J. vivências que transcendessem a questão de sua doença, sustentadas por vínculos estáveis e confiáveis. Eu, a psicóloga e as auxiliares de enfermagem o atenderíamos uma vez por semana cada uma; as consultas médicas continuariam a serem realizadas no Naps. J. concordou com o contrato mas no início sempre nos recebia com certa culpa “por estar dando tanto trabalho à nós”(sic) e ainda desconfiando de nossas intenções. Aos poucos, durante o processo terapêutico, isso foi sendo transformado. Esse contrato terapêutico perdura até hoje, mesmo com a minha saída da mini-equipe.

Foi portanto em janeiro de 1997 que comecei a atender J. semanalmente, à domicílio. Seria a primeira vez que viveria com J. a constância de um setting e sabia que não seria fácil lidar com as invasões de sua mãe (tipicamente simbiótica), a dificuldade de acesso aos materiais e o ambiente não agradável. Sabia que comprometer-se a ir semanalmente à sua casa demandaria muita disponibilidade e energia de minha parte até por questões bastante concretas como lococmover-se de ônibus à sua casa, pois nem sempre a condução do Naps estaria disponível. Sabia também que o trabalho no Naps, com todo seu dinamismo, emergências e até certa confusão, tem a tendência a invadir a realização de contratos mais constantes e preservados. Mas quanto a isso, creio ter sido vencedora.

Conforme o fomos atendendo, sentimos o quanto era difícil e o tanto que havia de resistência de nós mesmas para enfrentarmos o “mundo que J. vive”, da frieza do seu espaço físico ao esvaziamento de seu ser. Quantas vezes não me percebi contratransferencialmente com uma sensação agonizante de repetição e estagnação, durante o trajeto para sua casa...

Enquanto a psicóloga tinha um objetivo mais voltado a utilizar os equipamentos sociais que a comunidade oferece como palco da intervenção terapêutica, preferi “remar contra a maré”: o meu setting terapêutico seria sim a casa de J., com sua escuridão e seu vazio. Tinha a expectativa de trabalhar com a concretude daquela realidade externa e com o desconhecido mundo interno de J. Explicitizei o meu contrato específico: estaríamos ali para fazermos alguma atividade juntos.

Para a nossa surpresa, conseguimos engrenar em uma série de produções. Neste trabalho, citarei algumas delas, as que considero mais significativas e as transformações ocorridas durante o processo. Vale a

pena ressaltar que esse é o meu “olhar” sobre o processo; certamente se houvesse sido feita a compilação das atividades com J., teríamos um outro relato da mesma história.

As primeiras atividades que realizamos em sua casa foram as de culinária. J. estava numa daquelas fases de não se alimentar de forma alguma e obviamente, com a quantidade de remédios que tomava e sem nada no estômago, passava muito mal. Comecei a pesquisar com ele quais eram suas comidas prediletas e fizemos uma lista. Nas semanas seguintes fizemos algumas “gulo-seimas” (bolo de chocolate, de cenoura, brigadeiro), que foram “devorados” com muito prazer. Eram as primeiras experiências de Jaciro como “cozinheiro”, o que lhe propiciou a perceber que havia muitas coisas boas na vida que ele poderia vir a fazer. Paralelamente à isso, sua mãe passou a dar mais atenção aos pratos que seu filho gostava, e sua aceitação da alimentação foi melhorando. Numa das sessões de culinária Jaciro comentou que às vezes não comia para que restasse mais alimentos aos que tem fome e não tem o que comer... Perguntei à ele o que ele achava de eu parar de trabalhar para que os desempregados passassem a ter empregos. Ele sorriu com uma expressão de quem havia entendido a mensagem. Seus sintomas de inapetência foram diminuindo ao longo do processo terapêutico.

Durante o processo, novos personagens foram entrando na história. J. expressou o desejo de oferecer um lanche na casa dele à Marco, um usuário do Naps que J. conhece desde suas internações no Anchieta. Marco é um psicótico gravíssimo, com quadro delirante crônico, mas é um ser humano muito emotivo, que desperta muito carinho nas pessoas. É morador do Naps, pois sua família não o aceita, o que mobiliza demais J.. Há entre os dois uma bonita e singular relação de amizade. Na semana seguinte, levo Marco comigo e esse encontro à três e às vezes à quatro (pois a mãe de J. também gosta muito dele), inaugura uma nova fase do processo terapêutico. Marco adora desenhar, especialmente rostos humanos, e ambos entram numa fase de várias produções. Disso foi surgindo uma dinâmica bastante interessante. Marco participa do grupo de expressão artística e estava muito envolvido na realização de desenhos e moldes vazados que depois seriam pintados no muro externo do Naps. Empolgado, Marco conta isso à J. e então sugiro que J. também faça alguns desenhos para o muro. Para minha surpresa, Jaciro passa a fazer algo que nenhum outro usuário tinha paciência e mesmo habilidade para fazer: recorta os desenhos em papel cartão ou com o estilete. Realizava essa atividade com tamanha concentração e prazer e parece ficar muito satisfeito em participar das produções de seu amigo, recortando cuidadosamente seus desenhos. Dentre eles, o mais significativo para ambos foi um rosto de Jesus. Muitas das produções da dupla estão no muro do Naps até hoje. Creio que essa foi uma importante forma de contribuir e participar de forma alegre e espontânea de

uma atividade no Naps.

Na sua relação comigo e com Marco foi muito interessante notar as mudanças de comportamento de J.: o seu embotamento foi dando lugar à expressão de muita afetividade. Tinha uma solidária atitude de "cuidador" do Marco, sempre acolhendo suas necessidades, do lanche e do cigarro à algum curativo que precisasse ser feito. Os dois passaram a se encontrar por iniciativa própria, sem a minha intermediação, o que considero de grande avanço para ambos.

Eu, sua mãe e minhas colegas de equipe fomos nos surpreendendo com o Jaciro que íamos conhecendo: um ser humano sensível, afetivo, que mesmo não deixando de ser psicótico, passava a ter uma atitude mais ativa na vida.

Mudanças na realidade externa e no setting terapêutico também foram ocorrendo: organizamos suas roupas e objetos pessoais de modo que ele pudesse ter mais autonomia para usufruir de seus pertences, já que a mãe o boicotava constantemente nesse aspecto. Um dia notei que o quadro com a frase pessimista havia sumido da parede e então propus que J. pintasse uma tela para seu "quarto-sala". A realização dessa atividade coincidiu com a fase em que J. e sua mãe mudaram de apartamento: um local no mesmo prédio, maior e mais arejado, com uma bela vista da Serra do Mar da área de serviço... J. foi muito ativo na mudança, com iniciativa de ajuda e expressão de opiniões. Agora ele poderia optar em ficar no mesmo quarto com a mãe ou ficar com a sala, só que desta vez com as janelas. J. optou pela sala-quarto, onde poderia ter mais privacidade e "novos ares" para respirar, o que achei muito saudável.

Durante alguns meses J. pintou uma linda tela, uma composição de montanhas ao pôr do sol, que obteve o reconhecimento de todos e principalmente dele consigo próprio. Foi ele mesmo que quis escolher a moldura, preocupando-se de combiná-la com os móveis de sua "sala-quarto". "Tem que ter um friso dourado para combinar com o sol"—ele dizia à dona da loja. Alguns atendimentos antes de minha saída fomos buscar a tela na loja. Marco nos acompanhou e ajudou a pendurá-la na parede. "É m-a-r-a-v-i-l-h-o—s-a, J.!!!", ele exclamou. Atrás da tela, J. havia escrito uma declaração de agradecimento e amor à mãe. Pediu também que eu escrevesse algumas palavras minhas, "já que você não quis assinar o seu nome no quadro, ao lado do meu... por que você sabe, Vana, o quadro é nosso!".

No olhar, a cumplicidade e o sorriso interno de que sabíamos que havíamos compartilhado uma mesma história, repleta de cores e transformações... tudo o que parecia não existir no J. que havia conhecido à um ano atrás, naquela reunião de equipe...

IV — Concluindo

Dos vários casos que atendí no NAPS, o caso "J" foi o que mais me gratificou profissionalmente e o que mais me aproximou da minha identidade de terapeuta ocupacional, mesmo fazendo parte de um modelo de tratamento no qual as especificidades profissionais não são prioritárias.

Para Ana Pitta, viabilizar a Reabilitação Psicossocial não é tratar de técnicas específicas para populações específicas. "Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados." (PITTA, 1996)

Não tenho dúvidas de que o atendimento oferecido à J. foi complexo, delicado e eficaz. O processo terapêutico se desenvolveu numa estrutura institucional facilitadora, que nos permitiu:

- realizar inúmeros atendimentos domiciliares
- ter a retaguarda da equipe e da instituição 24 horas por dia, sete dias da semana, em casos de intercorrência ou emergências
- realizar trabalho em mini-equipe interdisciplinar, com constantes trocas e reflexões entre os profissionais, determinando novos direcionamentos ao tratamento.

Acredito portanto, que as instituições que se baseiam na Reabilitação Psicossocial muito se beneficiam com a intervenção clínica da Terapia Ocupacional, que por sua vez poderia aproveitar melhor os recursos materiais e humanos da Reabilitação Psicossocial para o desenvolvimento de suas práticas.

Concordo com Jô Benetton quando ela diz:

"Creio que em todos os lugares onde a Terapia Ocupacional é respeitada, ela poderá em cordial interdisciplinaridade, cumprir os propósitos da Reabilitação Psicossocial". (BENETTON, 1996).

E arriscando-me, respondo afirmativamente à questão que a autora propõe em seu artigo:

"Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível?"

Referências Bibliográficas

- BENETTON, J. Terapia Ocupacional e Reabilitação Psicossocial: uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.4/7, p.52-58, 1996.
- PITTA, A.M.F. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, São Paulo: Hucitec, 1996