

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação / Tese de Mestrado / Doutorado,
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre / Doutor
em SAÚDE MENTAL.
CAMPINAS (SP), 02 de Dezembro, 1994

Orientador(a) Prof. Dr. Satoru Shirakami

Maria José Benetton n.º 439/n.º c.

A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental

Tese de Doutorado do
Programa de Pós-Graduação
em Saúde Mental da
Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade
Estadual de Campinas.

Campinas
1994

Ficha Catalográfica
Biblioteca Central Unicamp

B439t Benetton, Maria José
Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de
Saúde Mental / Maria José Benetton - Campinas, SP,
1994.

Orientador: Itiro Shirakawa.

Tese (doutorado): Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Mental. 2. Terapia ocupacional. I. Shirakawa,
Itiro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Orientador
Prof.Dr.Itiro Shirakawa
Professor Titular do
Departamento de Psiquiatria
e Psicologia Médica da
Escola Paulista de Medicina.

700 - Cassorla, Roosevelt M. S. (Roosevelt Moisés Cassorla)

Co-Orientador
**Prof.Dr.Roosevelt Moisés
Smêke Cassorla**
Professor Titular do
Departamento de Psicologia
Médica e Psiquiatria da
Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade
Estadual de Campinas.

Para:

Luciano
Paula
Fabiano
e Júlia

AGRADECIMENTOS

Orientação

Prof.Dr.Itiro Shirakawa

Co-Orientação

Prof.Dr.Roosevelt Moisés Smeke Cassorla

Revisão conceitual

Helena Maffei Cruz

Revisão literária

Fred Navarro

Fotografias

Aldano Benetton Filho

RESUMO

A Terapia Ocupacional tem no empirismo, muitas vezes, um elemento dificultador de sua transmissão. Ela toma o que de experimentado e pronto existe no empirismo da clínica buscando a generalização de maneira a poder demonstrar tais experimentos como pressupostos para a criação e o estabelecimento de técnicas.

Como se trata da aplicabilidade das intervenções da Terapia Ocupacional na área de Saúde Mental, os procedimentos clínicos analisados foram escolhidos dentro desse universo. Com tal objetivo, a autora define em primeiro lugar a profissão Terapia Ocupacional.

Terapia Ocupacional é a arte de aplicar conhecimentos científicos empíricos e certas habilidades específicas decorrentes do uso de atividades, a criação de estruturas, dispositivos e processos que se utilizam para converter recursos físicos, psicológicos e sociais em formas adequadas à preservação, manutenção e tratamento em áreas como Saúde, Educação, Social e outras correlatas.

Assim definida, a profissão Terapia Ocupacional adquire o caráter de método constituído por procedimentos técnicos também denominados de terapia ocupacional. A autora define no geral a população-alvo da Terapia Ocupacional como indivíduos que por fatores de ordem física e/ou psicológica e/ou social apresentam, definitivamente ou temporariamente, problemas de inserção social. Indivíduos que, por esses motivos, podem ser denominados de problema social.

A característica absolutamente contextual através da qual devem ser analisados tais problemas não permite mais do que a existência, para esses indivíduos, de um diagnóstico situacional em Terapia Ocupacional. Um diagnóstico, então, que não permite classificações ou generalizações mais do que as já previstas pelas áreas correlatas à da Terapia Ocupacional e que são por ela recebidas e aceitas como componentes a mais para um diagnóstico situacional.

A Saúde Mental, como área de conhecimento, está implícita em todo caminho a ser trilhado pela Terapia Ocupacional. Além disso, se toda memória social trazia a Terapia Ocupacional como ligada à doença mental, esta tese propõe uma revisão de tal forma a fazê-la parte do conhecimento multidisciplinar na área de Saúde Mental.

O estudo das intervenções neste área, então, inicia-se com a definição de seu instrumento: atividades. Para a autora, são as atividades, tomadas como instrumento técnico nos procedimentos de terapia ocupacional, que especificam a Terapia Ocupacional. Ela, porém, toma o cuidado de explicitar que tal uso não é exclusivo da terapeuta ocupacional. Para a terapia ocupacional, atividades (no plural) são definidas como o terceiro elemento de uma relação que ocorre a partir do pressuposto de que existe uma terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional.

Vistas dessa maneira as atividades são instrumentos indispensáveis na clínica de terapia ocupacional e, como tal, alvo de conhecimento imprescindível para as terapeutas ocupacionais, que a autora sugere seja adquirido na disciplina que denomina de Laboratório de Análise de Atividades.

terapeutas ocupacionais, que a autora sugere seja adquirido na disciplina que denomina de Laboratório de Análise de Atividades.

No que diz respeito à definição e análise do instrumento atividades, a autora localiza alguns temas importantes: a relação entre processo e produto na realização de atividades; o não pré-estabelecimento de significações e de objetivos na escolha e determinação para o uso terapêutico das atividades; a importância dos materiais utilizados na realização de atividades; e ainda Arte e Criatividade, temas constantemente relacionados ao uso e análise de atividades em Terapia Ocupacional.

O segundo termo a ser tratado é a terapeuta ocupacional. Se pensamos na memória social como resultado da tradição cultural, a Terapia Ocupacional é uma profissão marcada, até hoje, pelo feminino. A partir dessa constatação procura-se estabelecer discussões sobre a eficácia da combinação de aspectos terapêuticos e psicoeducacionais na formação, na qualificação, na responsabilidade e no sucesso das terapeutas ocupacionais. São revistas, à luz de novos aportes teóricos, questões vocacionais da personalidade terapêutica, antigamente definida como materna, e da profissão feminina, ambos em função do estabelecimento de um saber.

Definidas estas questões prioritárias, abre-se o espaço para apresentações técnicas. Tendo em mente a impossibilidade da pura e simples aplicação de técnicas na clínica, a autora opta por denominar de procedimentos terapêuticos sua forma de atuação clínica.

É certo que, na clínica, procedimentos terapêuticos são inesgotáveis. Então, a autora utiliza-se de uma adaptação da técnica de trilhas associativas, por ela inventada para a clínica, para a apresentação desses procedimentos dentro de uma certa lógica associativa. Com isso os temas trabalhados foram:

1. Delimitação do campo de intervenção da Terapia Ocupacional em Saúde Mental como busca de soluções que, de início, são de ordem prática tanto através das elaborações teóricas que as determinaram, como das que surgiram da própria prática, na expectativa de que tenham sido suficientemente generalizadas e, portanto, capazes de ser transmitidas.
2. Definição de terapia ocupacional dinâmica que busca estabelecer a relação triádica paciente-terapeuta-atividade calcada em duas estruturas dinâmicas: a da realização de atividades, e a intrapsíquica, definida pela Psicanálise.
3. Como consequência dessa postura o espaço terapêutico da terapia ocupacional é estabelecido como estando entre a realidade externa e a realidade interna do indivíduo.
4. Para que tenha um sentido tanto terapêutico como psicoeducacional, a intervenção nesse espaço entre realidades deve ser constituída num campo onde se reconheça a existência da transferência.
5. Após definidos os manejos de situações dentro desses temas apresentados, a autora relata historicamente a composição da técnica das trilhas associativas, que tinha como primeira função criar espaços para a existência de associações entre fatos e fenômenos tanto da realidade interna quanto da realidade externa do indivíduo. Esse primeiro movimento abriu portas para o estabelecimento de novos procedimentos voltados para a clínica da terapia ocupacional, que pretende ser

social em dois sentidos: na multidisciplinaridade voltada para o conhecimento, e no direcionamento da manutenção e expansão da sociabilidade para doentes mentais.

6. A colocação anterior nos remete a três outros procedimentos clínicos importantes: o do ensino de atividades; o do significado das atividades, que acaba por remeter ao significado da própria terapia ocupacional; e o atendimento em grupos.

Chega-se, por fim, aos resultados, que a autora preferiu demonstrar através da apresentação de casos clínicos tanto do seu consultório particular como dos ambulatórios específicos do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina, onde atua como assistente clínica, professora e supervisora.

Como conclusão, não se pode esperar de uma tese baseada em constatações um fechamento com confirmações ou exclusões. As apreciações finais giram em torno, fundamentalmente, de proposições para estudos e pesquisas em Terapia Ocupacional mas, principalmente, para a clínica da Terapia Ocupacional.

S U M M A R Y

Empiricism in Occupational Therapy frequently inhibits its diffusion. Based upon what has already been clinically experimented, Occupational Therapy generalizes in order to be able to demonstrate that such experiments are presuppositions enabling the creation and establishment of techniques.

Since we are dealing with the use of Occupational Therapy interventions in mental Health, the clinical procedures that were analysed were chosen within this context. Having such objectives in mind, the author firstly defines the profession Occupational Therapy.

Occupational Therapy is the art of applying empiric scientific knowledge and some specific skills resulting from the use of activities. It creates structures, mechanisms and processes used to convert physical, pshychological and social resources into forms that permit preserving, maintaining and treating in areas such as Health, Education, Social and others of the sort.

From this point of view, the profession (Occupational Therapy) becomes a method constituted by technical procedures that are also known as occupational therapy. The author generally defines the Occupational Therapy target population as being formed by individuals who definitively have social problems because of physical and/or psychological and/or social factors. Individuals who, for these reasons, are seen as a social problem.

The strictly contextual factor through which such problems must be examined gives to these individuals a situational diagnosis in Occupational Therapy. A diagnosis that doesn't accept more classifications or generalizations than those that have already been established by correlated areas, considered by Occupational Therapy as additional components for a situational diagnosis.

Mental Health seen as a knowledge area is implicitly present in every path Occupational Therapy is supposed to cover. Moreover, if social memory used to connect Occupational Therapy with Mental illness in the past, this thesis intends to reexamine this issue in order to consider it as a part of a multidisciplinary knowledge in Mental Health.

Thus, the study of interventions in this area begins with its tool: activities. To the author, the activities are seen as a technical tool in occupational therapy procedures which determine what Occupational Therapy is. However, the author emphasizes that the occupational therapist is not the only one to make use of this resource. As far as Occupational Therapy is concerned, activities are the third element of a relation that is based on the assumption that there is a first element called occupational therapist and a second one which is the individual himself who for some reason needs or wants to be under occupational therapy treatment.

From this point of view, activities are fundamental tools in the Occupational Therapy clinic. Therefore, it is of utmost importance that occupational therapists have such knowledge. The author suggest this knowledge should be learned in what she calls "Activity Analysis Laboratory".

In terms of definition and analysis of activities, the author points out some important issues: the relationship between process and product while activities are undertaken; no predetermination of significance or objectives in choosing and determining activities for therapeutical use; the importance of materials used in activities; Art and Creativity, topics frequently related to the use and analysis of activities in Occupational Therapy.

The occupational therapist is the second aspect to be studied. If we think in terms of social memory as a result of cultural tradition, Occupational Therapy is a profession that concerns women basically. Taking this fact into account, there are discussions on the effectiveness of combining therapeutic and psychoeducational aspects in the occupational therapists' education, qualification, responsibility and success. Submitted to new theoretical contributions, vocational issues concerning the therapeutical personality are reexamined. In the past, it was seen as having a motherly aspect and being a feminine profession.

After these fundamental concepts are cleared the author introduces technical presentations. Having in mind it is impossible to simply use techniques in the clinic, the author defines her performance in the clinic as a technical procedures.

It is evident that there are uncountable therapeutical procedures in the clinic. Consequently, the author uses an adaptation of the associative paths technique. This technique was created by the author for clinical utilization purposes in order to present these procedures within a certain associative logic. Here are the issues related to this technique:

1- To fix limits to Occupational Therapy interventions in Mental Health, that is, try to find answers that firstly are of a practical nature either through theoretical ideas which determined them or through those emerging from practice itself. These answers are expected to be generalized enough to enable their diffusion.

2- To define dynamic occupational therapy as establishing the triadic relation (patient-therapist-activity) based on two dynamic structures: that of undertaking activities and the intrapsychic as it is defined by Psychoanalysis.

3- Consequently, the Occupational Therapy Therapeutical area is established between the individual's external reality.

4- In order to have either a therapeutical or a psychoeducational character, the intervention in the area between two realities must take place where transference admittedly exists.

5- After having determined how to manage the situations within these topics, the author reports historically the constitution of the associative paths technique whose primary function was to create areas enabling associations with facts and phenomena from the individual's interior and exterior reality. This first movement introduced possibilities in terms of establishing new procedures concerning the Occupational Therapy clinic that intends to be social in two different ways: providing multidisciplinary oriented to knowledge and maintaining and expanding sociability for the mentally ill.

6- This previous topic poses three other important clinical procedures: teaching activities, the meaning of activities which ends up by requiring the meaning of Occupational Therapy itself; and working with groups.

Finally, as far as the results are concerned , the author preferred to demonstrate them through clinical cases presentation both in her private office and in Escola Paulista de Medicina Psychiatry and Psychology Department, where she works as a clinic assistant, teacher and supervisor.

To conclude, it is impossible to have a thesis based on evidences ending with confirmations or exclusions. Final considerations fundamentally indicate proposals for studies and researches in Occupational Therapy specially oriented to the clinic.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. A PROBLEMÁTICA.....	4
A Terapia Ocupacional	
A Terapia Ocupacional e a Saúde Mental	
Uma clínica para excluídos	
O estudo	
3. O INSTRUMENTAL.....	15
AS ATIVIDADES	
A escolha de um nome	
A defesa do uso de atividades	
Definição de atividades	
Análise das atividades	
Os materiais	
A importância do processo de realização de atividades	
A importância do produto da realização de atividades	
A relação processo x produto	
Atividades x artes x criatividade	
A TERAPEUTA OCUPACIONAL.....	48
A escolha profissional	
A formação	
A qualificação	
A responsabilidade	
O SETTING TERAPÊUTICO.....	65
O espaço de construção	
O espaço internamente aberto para receber	
O espaço aberto para partir	
4. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS.....	70
Procedendo	
Procedendo em terapia ocupacional dinâmica	
Caminhando entre realidades	
Procedendo na transferência	
Trilhando as associações	
Indicando atividades	
Ensinando atividades	
Compilando atividades	
Atualizando o passado	
Significando atividades	

Introduzindo o quarto elemento

5. CASOS CLÍNICOS 119

O diagnóstico em terapia ocupacional

Um encontro esquisito

A busca de sentido

Um caso atual

Um caso difícil

Um caso chato

O sucesso

6. CONCLUSÃO 166

INTRODUÇÃO

Na literatura sobre os 200 anos da psiquiatria moderna, as transformações propostas à Instituição Psiquiátrica, ou que nela se efetivaram, foram sempre instrumentalizadas pelo uso terapêutico do *trabalho*. Ao longo desse tempo, a qualificação deste foi feita a partir do propósito a que servia: calmante, capaz de preencher o tempo ocioso e de desviar pensamentos mórbidos, como atividade recreativa e prazerosa, aplacador de sintomas, habilitador, educador, reeducador, adaptador e contentor.

Cada uma dessas qualidades, ou a combinação de algumas entre si, na medida em que se adequava à *ocupação de pacientes psiquiátricos*, contribuiu para que o trabalho ocupasse um lugar de destaque na evolução dos procedimentos terapêuticos criados para objetivar a cura dentro das instituições psiquiátricas. E, sem sombra de dúvida, pode-se afirmar que o reconhecimento desse potencial no trabalho foi igualmente o maior responsável pela delimitação do espaço do uso das atividades como procedimentos terapêuticos no campo da Saúde Mental. A clínica, o ensino e a pesquisa, entretanto, nessa área classificados de transformadores e revolucionários, só têm se transformado em objeto de estudo se seu último propósito for adequar-se às necessidades de uma dada instituição e/ou de projetos institucionais.

Diante desse quadro, constata-se, à medida em que o tempo passa, desconforto nos mais antigos e inquietude nos jovens profissionais da área. E a resposta a esse estado de espírito é a busca dos fundamentos filosóficos e das premissas teóricas em que se alicerça a Terapia Ocupacional. Entretanto, não se trata de uma tarefa fácil. A simplicidade dos antigos pressupostos se revela insuficiente para servir de suporte ao desenvolvimento das pesquisas atuais. É isso o que explicitam Bensaid e Dejours (1991), ao afirmarem: "A confrontação ao desafio da organização do trabalho e da integração das relações sociais de trabalho pode contribuir para estabilizar a economia psíquica do sujeito psicótico, mas pode também contribuir para precipitar a crise. Para compreender porque a evolução se faz tanto num sentido como no outro, é preciso renunciar a pensar o trabalho de forma abstrata ou de acordo com categorizações muito gerais, tais como as dadas habitualmente na clínica psiquiátrica. É preciso pensar nos detalhes da pressão específica de cada situação de trabalho e analisar como essa pressão articula-se ao funcionamento psíquico conciliando uma atenção particular aos elos intermediários que constituem as relações construídas pelo coletivo de trabalho. Em outros termos, é preciso proceder em cada caso com aquilo que certos autores estudam com o nome de 'clínica' e 'psicodinâmica' do trabalho." (01)

Esses dois psiquiatras fazem um convite explícito a repensar o que já tivemos historicamente como o principal instrumento da clínica da Terapia Ocupacional. Porém, é necessário que seja levantada também a seguinte questão: será que este convite é feito a nós, terapeutas ocupacionais? Ou inclusive a nós? Para Jean Oury, que também

é psiquiatra, não. E este é um lado da questão que precisa ser analisado. Nos seminários *Creation et Schizophrénie* (1989), ele afirma a necessidade de se inventar uma terapia para psicóticos através da linguagem não verbal, oferecendo a seguinte argumentação: "Nos processos psicóticos, a 'fábrica do dizer' foi bombardeada." Mais adiante ele afirma: seja lá que nome for dado a essa terapia "haverá possibilidade de criação, mas não será sob a ordem da arte-terapia ou da ergoterapia." (02)

Ao contrário do que postula Jean Oury, defendemos o ponto de vista que inventar uma terapia para psicóticos é também tarefa de terapeutas ocupacionais. E a sustentação de uma posição diversa desta que acaba de ser enunciada, e que também possa ser concluída como uma resposta à proposição de Bensaid e Dejours, não se fundamenta em subsídios difíceis de serem localizados ou identificados. O caráter técnico da Terapia Ocupacional nos indica que eles devem ser encontrados a partir de investigações empíricas na prática clínica.

Eda de Oliveira Tassara, física e professora do Instituto de Psicologia da USP, membro do corpo editorial da *Revista de Terapia Ocupacional-USP*, em 1992 falou sobre este aspecto numa mesa-redonda sobre Terapia Ocupacional. Sua exposição, clara e bem fundamentada, demonstrava a necessidade de se estudar a teoria em Terapia Ocupacional partindo da experiência, da realidade da clínica, ao mesmo tempo em que apontava para um certo engodo e precipitação nos trabalhos que se propunham à crítica à Terapia Ocupacional. Se ela fosse ou contivesse um corpo teórico, seria possível iniciar pelo abstrato e estabelecer o debate crítico entre teorias. Na falta disto, a sugestão de dra. Eda é que passemos a buscar e estabelecer os fundamentos técnicos no que temos de genérico na prática clínica.

Naquele momento estava procurando subsídios para esta tese e tomei a decisão de ir em busca de bibliografia sobre técnicas em Terapia Ocupacional. O resultado, bastante frustrante, mostrou-me uma produção intelectual que, para ser caracterizada, me obrigou a inventar o termo "socioempírica", com quatro tipos fundamentais de abordagens.

A primeira, uma multiplicidade de relatos clínicos. Para exemplificar, minha tese de mestrado *Terapia Ocupacional: Uma Abordagem Metodológica em Saúde Mental* (1989) resulta da apresentação de um caso clínico relatado historicamente dentro de meu processo histórico-profissional (03).

Num segundo vértice os temas da Terapia Ocupacional são abordados de tal forma que convocam em torno de si próprios duas ou três abordagens teóricas e/ou metodológicas e/ou técnicas, dando a impressão de construir uma interdisciplinaridade. Com este sentido, existem muitas teses de mestrado em filosofia, educação, psicologia social ou experimental. Entretanto, as conexões parecem-me estereis, uma vez que não resultam na criação de um novo objeto. Existe aí uma nucleação de problemas e a ausência de soluções. Com isso resta-nos um sério limite, que é a impossibilidade da transmissão de um saber, pairando sempre sobre nossas cabeças questões como "o que é Terapia Ocupacional?" ou "o que faz uma terapeuta ocupacional?"

Há, ainda, a invenção de pseudo-teorias em Terapia Ocupacional, uma vez que são buscados objetos fora dela própria para as construções teóricas.

O quarto grupo de estudos é formado pelas pesquisas de campo, realizadas através de instrumentos emprestados de profissões correlatas. Na sua maioria, deixam

transparecer nas conclusões uma certa frustração pela impropriedade no uso de tais instrumentos.

Nessa produção *socioempírica* há muito de expressão de um desejo de saber mas parece não haver instrumentos adequados e suficientes para aliar o saber ao método e à enunciação. Essa produção não chega, então, a ser social.

Mosey (1979): "Parece-me que, durante o período de 1942 a 1960, nós, como terapeutas ocupacionais, funcionamos como técnicos, não como profissionais." (04) Magalhães (1989) analisa esta afirmação de Mosey da seguinte forma: "Essa constatação, embora avançada para o conjunto dos profissionais da época, manifestava um projeto político bastante discutível: garantir ou conferir cientificidade à intervenção do terapeuta partindo exclusivamente de uma absorção de teorias de status superior. Ou, mais ainda, do direito de compartilhar com os outros 'profissionais' da produção dessas teorias." (05)

Como Magalhães, creio que há um equívoco quando colocou-se em oposição e em hierarquização a teoria e a técnica. Para o estudo da intervenção em terapia ocupacional penso em colocar a teoria em ação. Buscando subsídios para objetivar esse intento procurei dra. Eda mas ela se encontrava na Itália como professora convidada na Universidade de Píza. Em dezembro de 1993, quando já tinha dado início à redação final desta tese, pude finalmente entrevistá-la. Aproveitando então o mês de férias, revi o que já estava escrito, à luz de suas colocações.

Para a dra. Eda, do ponto de vista do estudo científico da Terapia Ocupacional, tudo está para ser inventado. Se compreendo bem a colocação, isto se deve ao fato dessa profissão ser ainda muito recente. Para ela, existe uma área de providências técnicas que podem ser tomadas e que foram convencionalmente denominadas de Terapia Ocupacional. Essas técnicas preenchem determinados déficits com certo sucesso e oferecem instrumentos para superar limitações geradas por deficiências de diferentes origens e níveis.

Os tantos anos de experiência clínica fazem-me estar de pleno acordo com essas colocações da dra. Eda. Por isso, proponho-me não só a enfrentar meus próprios limites como rever equívocos, na expectativa de, após ter colocado em ação teorias e conceitos formulados dentro da própria Terapia Ocupacional, sugerir algumas soluções que possam ser transformadas em procedimentos na terapia ocupacional.

A PROBLEMÁTICA

A TERAPIA OCUPACIONAL

Sob esse tema estarei definindo os objetivos desta tese. Início pela constatação de que praticar a terapia ocupacional pode não ter nada a ver com a possibilidade de transmiti-la.

Muitas vezes fiquei irritada quando tentava mostrar procedimentos técnicos utilizados por mim e as pessoas os viam apenas como minha maneira particular de praticar terapia ocupacional. Percebo hoje que principalmente a forma de demonstração de tal conhecimento era inadequada. Para generalizar experiências clínicas com o objetivo de transmitir uma técnica é preciso encontrar uma linguagem capaz de agir como estrutura para essas técnicas, que já estão prontas através de estudos, de experiências, de pesquisas e de elaborações das situações empíricas. Assim, para a transmissão desse conhecimento, também tem de haver adaptações, invenções e criações.

Esta tese tem como objetivo demonstrar algumas técnicas criadas em terapia ocupacional e que produziram resultados em situações específicas. Concomitantemente pretende mostrá-las através de uma linguagem subsidiada pela definição dos instrumentos. Início com a opção de tratar o termo Terapia Ocupacional, com as iniciais em maiúsculas, como referência à profissão. Profissão com o caráter de método no sentido amplo desse termo, que aplica de forma metódica técnicas específicas denominadas também de terapia ocupacional (grafada em letras minúsculas).

Até recentemente, quando queria dizer dos procedimentos da terapia ocupacional, utilizava uma aproximação, um modelo referencial que ficava entre as psicoterapias e as socioterapias. Dizia e escrevia, e muitos já leram, que a terapia ocupacional é uma forma de psicoterapia, isto é, sua técnica é psicoterápica. Hoje, é possível dizer que existe uma área de providências técnicas que podem ser tomadas e que podem ser denominadas em seu conjunto de Terapia Ocupacional. Cada uma delas oferece subsídios para construção de projetos para um tipo de intervenção que é denominada de terapia ocupacional.

Os elementos que caracterizam essa terapia ocupacional são as atividades e a entrada do sujeito no sistema terapêutico. É justamente o uso de atividades pelo sujeito alvo da intervenção que define uma atuação específica para uma área de interação localizada entre o físico e o psíquico, entre o objetivo e o subjetivo, entre o material e o imaterial.

Quanto à entrada do sujeito no sistema, será que podemos dizer que isto ocorre através de uma resposta dada a uma demanda? Sobre isso a terapeuta ocupacional Wilhelm (1990) escreveu: "Entre os pacientes que atendo, raros são aqueles que me endereçam uma clara demanda. Em geral a pessoa não pode pensar e nem mesmo

imaginar que alguma coisa possa mudar ou melhorar. A idéia de um projeto, de um futuro diferente, é inconcebível. Essa pessoa pode somente dizer ou nos mostrar que as coisas não andam, que nada vai bem e disso nos toma como testemunhas. Testemunhas da realidade de sua doença, das dificuldades incontornáveis que ela enfrenta, do peso que isto representa para seu desempenho de vida etc. A doença é vivida como uma fatalidade, onde se afunda ao nada restando apenas suportá-la. Pode-se dizer que há uma circularidade onde a doença gira em torno de si mesma, sem começo ou fim, sem saídas, sem abertura para se colocar uma objeção (mas...), uma idéia (é preciso...), uma proposição (você poderia ou nós poderíamos...). Há um abismo surdo, uma planície, mas não uma demanda. Pode-se dizer que neste sentido o paciente não chega e portanto não se pode compreender nada. Mesmo se aparece alguma solicitação a acalmar seus sintomas, esse discurso sobre nós mantém o efeito paralisante. Temos sentimentos de não ter nenhum recurso, nenhuma competência. Somos invadidos por um massivo mal-estar, que nos impulsiona ao abandono. Mas é preciso reagir. É preciso tudo fazer." (06)

Eis a receita, é preciso *fazer*. Diria que o sentido desse termo poderia ser desmembrado no *fazer-fazendo*, definindo assim o início da nossa intervenção. Neste sentido o fazer - forma de intervenção em terapia ocupacional - é outro objetivo de estudo desta tese. Para dizer do fazer como resposta a essa complicada forma de demanda é preciso demonstrar a generalidade de certos fundamentos, a observação utilizada no estabelecimento de diagnósticos e a definição das ações terapêuticas pela composição de temas convencionalmente considerados parte do universo técnico-científico.

Para objetivar uma língua da terapia ocupacional na dissertação desses temas seria preciso que esta tese estudasse a terapia ocupacional propriamente dita. Melhor dizendo, penso que para inventar uma linguagem para a Terapia Ocupacional é preciso realizar um estudo dela própria. Tenho, porém, a intenção de pelo menos tomar cuidado no sentido de apontar a língua do outro procurando, quando não for possível criar, uma forma de adaptação para a nossa.

Como esta tese versa sobre a terapia ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental, tenho também como objetivo ressaltar qual o significado que a saúde mental tem para a Terapia Ocupacional.

A TERAPIA OCUPACIONAL E A SAÚDE MENTAL

Não tenho como propósito explícito estudar aqui especificamente a área de Saúde Mental, apesar de considerar que tratar deste assunto poderia ser uma forma de demonstrar gratidão aos profissionais que aceitaram e incentivaram meu doutoramento nesta área de conhecimento. Conto, entretanto, com o apoio dos professores Itiro Shirakawa e Roosevelt Cassorla, que mobilizaram-me e até desafiaram-me a mostrar, pelo menos, alguns aspectos específicos da terapia ocupacional.

Esta tese será, então, sobre a terapia ocupacional como intervenção em Saúde Mental. Se antes o que estava implícito em terapia ocupacional era a doença mental, hoje, sem dúvida, é a saúde mental. Tomando emprestadas as palavras de Dra. Eda digo que a Terapia Ocupacional é uma engenharia ambiental. Procurando a definição de "engenharia" no *Novo Dicionário Aurélio*, encontramos: "É a arte de aplicar conhecimentos científicos e empíricos e certas habilidades específicas à criação de estruturas, dispositivos e processos que se utilizam para converter recursos naturais em formas adequadas ao conhecimento das necessidades humanas." (07)

A definição é quase perfeita para a Terapia Ocupacional mas não a especifica. Digo, então, que a Terapia Ocupacional é a arte de aplicar conhecimentos científicos e empíricos e certas habilidades específicas, decorrentes do uso de atividades, à criação de estruturas, dispositivos e processos que são utilizados para converter recursos físicos, psicológicos e sociais em formas adequadas à prevenção, manutenção e tratamento em Saúde, Educação, na área Social e outras correlatas.

Para mim, entretanto, bastaria dizer prevenção, manutenção e tratamento em saúde mental. Neste sentido, a aplicabilidade dos procedimentos da Terapia Ocupacional, isto é, a terapia ocupacional, em áreas clínicas, sociais, educacionais e outras, tem como alvo último a saúde mental. O caráter dessa profissão é social e socializante. Dessa forma, para reabilitar, tratar ou prevenir distúrbios e/ou deficiências de origem-física e/ou mental e/ou social, a intervenção se fará no sentido de objetivar a saúde mental, base imprescindível para a socialização. Melhor dizendo, objeto que abre espaço para a sociabilidade.

Desta forma a Saúde Mental, como área de conhecimento, resta implícita em todo caminho a ser trilhado pela Terapia Ocupacional, independentemente da área de aplicabilidade de suas técnicas. Essa forma particular de ver a Terapia Ocupacional pode dar a errônea impressão de que considero a saúde mental como o seu objeto. Trata-se, entretanto, de um objetivo.

Se tomarmos tudo que até hoje se escreveu sobre Terapia Ocupacional, podemos dizer que seus objetivos são sempre o de preenchimento de déficits de maneira a promover a interação social. Para alcançar esse objetivo, diferentes correntes da Terapia Ocupacional têm previamente estabelecidos alguns alvos específicos a serem atingidos. Historicamente, um deles seria o treino ou o desenvolvimento de habilidades. Outro seria o comportamento ocupacional e ainda o desenvolvimento de funções físicas, mentais e sociais. Da maneira como essas propostas são feitas, se alguns desses alvos forem trabalhados já se estará propiciando o espaço para a interação social.

Para mim, a Terapia Ocupacional tem como alvo a saúde mental. Ela é um objetivo a ser alcançado, *tornando-se em seguida um instrumento para o trabalho de inserção social*, e isto em qualquer área de atuação. Mas como fica a situação do trabalho específico por área de atuação da Terapia Ocupacional? Antes de falar da própria área da Saúde Mental quero dar um exemplo de uma área física. Para um paciente com paralisia cerebral, as atividades que promovem seu desenvolvimento físico-neurológico são ao mesmo tempo participantes negativas ou positivas do seu desenvolvimento afetivo-emocional, isto é, participantes ativas do processo de busca de saúde mental, sendo esse o estado que a terapeuta ocupacional utilizará para

provocar sua inserção social, independentemente das condições de disfunções que restem como sequelas.

É algo bastante complexo teorizar sobre o objetivo saúde mental, na área de Saúde Mental, mas ousou mesmo assim. Penso que o trabalho da terapeuta ocupacional nessa área se caracteriza fundamentalmente em objetivar a saúde mental de um louco de tal forma que, mesmo quando louco, haja a manutenção da interação social. Recentemente, estive em Inverness, na Escócia, onde acontecia uma reunião da Organização Mundial de Saúde - área de Saúde Mental. Os *doentes* que lá se encontravam tinham saúde mental e, sem dúvida por isso, podiam reivindicar providências daquele organismo de forma a promover melhores propostas terapêuticas. Minha felicidade foi grande quando eles colocaram a Terapia Ocupacional como um dos instrumentos que lhes proporcionaria nível de independência e liberdade para partir em busca de respostas a reivindicações terapêuticas.

Sinto-me, na verdade, um tanto louca discorrendo sobre a saúde mental dos loucos. O melhor a fazer agora é passar a contar logo como esta terapeuta ocupacional os vê.

UMA CLÍNICA PARA EXCLUÍDOS

Em *Trilhas Associativas* (1991) defino-me como uma clínica assistente a pacientes psicóticos (08). No projeto desta tese delimito meu campo de trabalho como aquele constituído por pacientes psiquiátricos graves. Dra. Eda caracteriza a população alvo da terapia ocupacional como *limitrofes*, ou seja, aqueles cujos diagnósticos não estão claramente definidos. *Limitrofes*, então, na adaptação ao social, na inteligência, no desenvolvimento emocional e físico. Podemos afirmar que estes são os pacientes mais graves, para os quais não existe uma clara conduta a ser tomada ou para os quais as várias condutas tentadas não obtiveram resultados e que nos são encaminhados mais pela posição que têm na sociedade do que em função do diagnóstico.

A exclusão social é a problemática de partida para a terapia ocupacional. Mais do que classificado de doente, esse indivíduo é classificado como problema social. O diagnóstico em terapia ocupacional é de natureza diferente daquele do médico, do psicólogo, do sociólogo e de outros. É um diagnóstico situacional sobre o qual falarei no Capítulo V. Então, quando me refiro ao paciente grave, ele está assim não só pelo diagnóstico médico mas, principalmente, pela repercussão social acarretada pelo seu quadro. Não fazer nada, estar trancado, ao agredir e destruir, mobiliza com tal força o sistema a que pertence que ninguém próximo fica impune. Ele é um problema real, da realidade e do cotidiano social.

O que se busca nesse momento é uma posição na sociedade, seja ela do próprio paciente ou de quem por ele possa falar. Muitas vezes busca-se, inclusive, uma posição de doente, para que não haja exclusão. A Terapia Ocupacional é, então, uma clínica de inclusão social. Poderia dizer que indivíduos com distúrbios crônicos são os

que melhor se beneficiam da terapia ocupacional. Mas não é assim. Minha experiência clínica tem demonstrado que a gravidade de um quadro, quanto a sua repercussão social, não é baseada só na longevidade da doença. A cronicidade pode ser menos patogênica para uma determinada estrutura social que uma crise ou um surto, e nosso instrumental tem-se mostrado bastante eficaz nessas circunstâncias. Na realidade penso que, para doentes graves, a farmacologia, as técnicas de intervenção na psique e as de intervenção na realidade não se excluem mas se complementam. Para demonstrar como isso deve ocorrer é preciso definir melhor a população-alvo da assistência em terapia ocupacional.

Jacques Lacan (1985) afirma: "O que abrange o termo psicose no domínio psiquiátrico? Psicose não é demência. As psicoses são, se quiserem - não há razão para se dar ao luxo de recusar esse termo - o que corresponde àquilo que sempre se chamou, e a que legitimamente continua se chamando, *as loucuras*" (09). Com "as loucuras", está bem posta a colocação de Lacan, abrindo às terapeutas ocupacionais um espaço verdadeiro. Quando sugerimos a um paciente fazer uma determinada atividade, sabemos que vai poder aprendê-la ou realizá-la a seu modo. Há lugar aqui para a expressão popular "cada louco com sua mania", e é justamente com essa mania que esperamos construir, elaborar, comunicar e tratar. No que diz respeito à mania, não há nenhum louco que se pareça com outro, assim como ocorre em relação aos não-loucos. Não há, portanto, necessidade de se definir a loucura e sim de pensá-la nas múltiplas referências que se nos apresentam. Este caminho nos permitirá estabelecer prioridades, levantar hipóteses, testar intervenções e criar teorias. E ele começa a ser trilhado quando começamos a apresentar aqui o que pensaram pessoas famosas sobre a loucura.

Loucos famosos contam suas loucuras

Clifford W.Beers, 1900: "Os meus cinco anos precedentes de neurastênico haviam-me feito acreditar ter experimentado todas as sensações desagradáveis que um sistema nervoso estafado e combalido podia sofrer. Mas, naquele dia, várias sensações novas e terríveis tomaram conta de mim, deixando-me aniquilado. O meu estado, porém, não se tornou manifesto mesmo àqueles que trabalhavam comigo à mesa. Lembro-me de querer falar e não conseguir, por vezes, dar expressão aos meus pensamentos. Se bem que pudesse responder às perguntas, o fato mal diminuía o meu sentimento de apreensão, *pois basta que uma vez um homem queira falar e não consiga para ficar alarmado, qualquer que seja seu estado de saúde.*" Nas suas memórias, Beers continua: "Em casa a minha visita foi uma surpresa completa. Eu não podia acreditar que a minha família - se de fato era ela - não tivesse sido informada da minha presença na cidade, e as palavras e os gestos com que me recebeu confirmavam as minhas desconfianças e destruíram a tênue esperança que por um momento me sorria. Os meus hospedeiros não passavam dos mesmos velhos perseguidores já tão conhecidos. Pouco depois da minha chegada, serviu-se o jantar. Sentei-me em meu antigo lugar à mesa e, intimamente, admirei a habilidade com que o sujeito invocava a benção do Senhor, imitava a linguagem e a entonação, bem presentes à minha

memória, da voz do meu pai... Mas aí da família! Eu a imaginava banida e definhando no cárcere, e a velha casa paterna confiscada pelo Governo." (10)

Antonin Artaud, 1933: "Nunca encontrei alguém que tenha sentido como eu. Sou um viciado no ópio há 15 anos. Foi-me dado pela primeira vez quando eu era jovem, para acalmar umas dores horríveis que tinha na cabeça. Por vezes sinto que não estou a escrever, mas sim a descrever as lutas que travo com a escrita, as lutas do meu nascimento. (...) O meu próprio espírito e vida são constituídos por uma série de iluminações e elipses que jogam constantemente dentro de mim e, conseqüentemente, em torno de mim, atuando sobre tudo aquilo que eu amo. Para aqueles que me amam, eu consigo ser apenas decepção constante. (...) Já observaste que umas vezes eu tenho intuições rápidas, e outras vezes sou absolutamente cego. As verdades mais simples escapam-me então, e temos que possuir uma compreensão rara, uma sutileza fora do comum para aceitar esta mistura de trevas e luz, quando isto afeta as emoções que cada um tem o direito de esperar de mim. (...) Transcrevi apenas abortos. Eu mesmo sou um absoluto abismo. Posso apenas imaginar o meu ser como sendo o homem que mais profundamente sentiu a gaguez da língua na sua relação com o pensamento." (11)

Mary Barnes, 1963: "O tempo todo eu ia esquecendo cada vez mais de mim mesma, e Mary Barnes era enterrada, cada vez mais fundo, numa grande concha dura. (...) Estava tudo ali, sólido e coerente quanto eu podia conceber. Mas eu me encontrava em alguma outra parte. Estava distante - distanciada de tudo... Esse grande montão de idéias. Era eu. Entretanto não era eu. *Eu não estava realmente naquilo em que pensava.*" (12)

Professores famosos que pensaram loucuras

Sigmund Freud, 1923: "No abaixo indicado (O Ego e o Id) descrevem-se as tendências do ego, sua situação intermediária entre o mundo exterior e o id e sua tendência a servir ao mesmo tempo todos os seus amos. Relacionando essas características com outra rota mental, iniciada num ponto distinto, chegamos a uma fórmula simples que integra, talvez, a diferença genética mais importante, entre neurose e psicose: a neurose seria o resultado de um conflito entre o ego e o id, e, pelo contrário, a psicose, o desenlace análogo de tal perturbação das relações entre o ego e o mundo exterior. (...) O doente psicótico carece, em geral, da faculdade de uma transferência positiva, ficando assim embotado o instrumento principal da técnica analítica: mas de todo modo pode-se chegar a ele por outros caminhos. A transferência às vezes não fica excluída por completo, que não possa utilizar durante algum tempo. (...) Mas o principal é que nas psicoses resulta evidente aquilo que na neurose só muito trabalhosamente se consegue trazer à superfície." (13)

Piera Aulagnier, 1979: "Quanto à problemática psicótica, é nossa convicção que a razão ainda não dispõe de recursos necessários para fornecer-lhe uma análise

exaustiva. Será isso possível um dia, ou devemos considerar que a loucura nos confronta com nossos limites e que ela manterá sempre um núcleo inacessível à razão, núcleo opaco que garante a nossa pertinência ao campo da racionalidade? A teoria psicanalítica forneceu, nesse domínio, dados preciosos: a radical estranheza do alienado tornou-se familiar, embora mantendo seu inquietante enigma. A diferença é importante e demonstra o caminho percorrido. Entretanto, devemos estar particularmente atentos às anomalias que encontram nosso modelo e que são facilmente negligenciadas. Tais anomalias persistem, quer se negue a existência da loucura para reduzi-la (pois se trata, efetivamente, de uma redução) a um modo de ser similar a outros, quer se denuncie a sua presença para reduzi-la, desta vez, ao efeito exclusivo de uma 'tara' (diabólica, sociológica, orgânica ou genética, conforme a moda). Cabe à psicanálise aprofundar a discussão de tais anomalias, renunciando para tanto à certeza e à pretensão de um saber absoluto." (14)

Gisela Pankow, 1983: "Quisemos situar nosso trabalho nessa perspectiva. Não nos propusemos a discutir as chances de cura ou os critérios desta ou daquela psicose pela psicanálise. Digamos explicitamente que não temos por objetivo elaborar uma teoria genética da psicose. No momento, situamo-nos no próprio interior da psicose e tentamos descrever o que acontece no nível de interioridade constantemente ameaçada. Tal descrição permite, apesar de tudo, que o médico e o doente garantam de tempos em tempos uma parcela de terra firme. Assim, o universo da psicose aparece como um universo fragmentado: cada fragmento é muitas vezes sentido como um mundo separado e que perdeu qualquer conexão interna com os outros fragmentos. *Entre essas partes, há apenas um vazio abissal, um nada.* Nada sabendo dos processos de deterioração específicos da psicose, limitamo-nos a constatar que as distâncias entre os vários fragmentos são submetidos a constantes modificações. Com frequência aparece uma nova abertura, um novo 'buraco', justamente no lugar que ainda na véspera se encontrava em terra firme. Não sabemos o porque desses fenômenos, só podemos constatá-los. E temos o dever de constatá-los se quisermos que nossa exploração do mundo psicótico seja bem sucedida. Podemos ganhar terreno. Podemos tapar buracos. Mas talvez todo o segredo da psicoterapia das psicoses resida nesse dom da observação que nos permite apreender a menor modificação dos 'mundos parciais' e suas respectivas relações. A aproximação dos fragmentos é por isso da maior importância. É possível unir, soldar partes. No entanto, ainda não sabemos se esse novo 'solo' tem resistência suficiente. Contudo, se essa 'conquista do mundo psicótico' se prolonga, constata-se, cada vez com maior frequência, que as junções dos fragmentos apresentam uma certa estabilidade. E, para continuar na analogia geológica - o que facilita a descrição sem por isso explicitar o próprio fenômeno -, por vezes se percebe uma camada geológica que já realizou sua junção com outra. Tentamos então aproximar as camadas idênticas nos diversos terrenos. Designamos sob o termo de estruturação dinâmica o processo que consiste em restituir a unidade perdida das camadas psíquicas esparsas. E graças a esse processo de estruturação dinâmica, conquistamos terreno e tornamos tal subsolo psíquico novamente praticável." (15)

Salomon Resnik, 1986: "A psicose é uma forma de exprimir-se para falar das desmorfologias somáticas, isto quer dizer, uma alteração dos traços da máscara do inconsciente, presença viva e materializada numa 'Eigenwelt' (mundo próprio) desligado e desordenado. *O psicótico é uma pessoa desorientada, perdida no mundo...* O ser do psicótico não encontra facilmente a maneira de se fazer escutar e compreender; a pessoa psicótica não pode 'personalizar', isto quer dizer, ressonar, exprimir-se através de sua própria 'máscara' de maneira adequada. O perigo de fato é a comunicação, o lugar, a coexistência. *A psicose é a ruptura de todos os lugares, o psicótico está perdido no 'cosmos', é a vítima de uma impossibilidade de integrar a desordem.* O 'logos' perde sua função de unificação: o 'nexus' em crise deixa lugar para uma dispersão incontrolável. Dessa forma o delírio nada mais é que a tentativa de auto-cura, como assinala Freud, é uma maneira de procurar conter e orientar a multiplicidade idiossincrática como 'um rebanho sem pastor'. Retomando a *Zaratustra* de Nietzsche, a ordem do cosmos (a multidão unânime) torna-se o caos, lugar onde aparece como discordância ou desarmonia. O homem dilacerado sai de sua própria pele, procura uma nova ordem dentro do delírio: modo de ser do psicótico que tenta resolver sua tragédia 'de forma patológica'. A experiência psicótica implica, como consequência, a confrontação com uma 'arqueologia' formal do presente, de um presente 'crítico' quebrado e alienado. O conceito de transferência em Freud leva, com efeito, à idéia de 'patos'. Nesse caso, cada reencontro da experiência analítica tem a finalidade de 'suspender', de tocar, de fazer mover-se e que revela a máscara afetiva de cada um, o 'patos' do paciente assim como aquele do analista." (16)

Peter Pál Pelbart, 1986: "É inegável: os que convivem com os loucos reais consideram a loucura antes de mais nada como dor e ruína; os que vivem distantes dela - fisicamente ao menos - são os que mantêm acesa a chama de um imaginário ancestral sobre a insensatez. Para os primeiros a produção psicótica é sintoma patológico; para os últimos, é vanguarda cultural e estética, quando não política, como no caso dos surrealistas. Se para os terapeutas o louco é acima de tudo um impotente e a terapêutica um alívio, aos olhos dos literatos e rebeldes ele é um herói, e o tratamento, repressão. Sofrimento psíquico e subversão estética, é entre esses dois pólos incompatíveis que oscila nossa visão da loucura. Ao desenvolver essa dicotomia, Starobinski chega a insinuar que tudo aquilo que se diz sobre loucura fora do campo da psiquiatria não passa de 'mera literatura'. Idéia espantosa, se considerarmos que o tom depreciativo desse comentário vem da parte de um crítico especializado justamente em literatura, e com a sensibilidade que conhecemos. Isso equivale a afirmar que, assim como hoje cabe à ciência - e não à mitologia - dizer a natureza das coisas, a loucura deve ser revelada pelos que a tratam, não pelos que a imaginam. Monopólio problemático, sem dúvida, que remete à própria questão da origem dessa fronteira entre, de um lado, aqueles que se ocupam dos loucos e, de outro, os que imaginam os poderes de uma loucura reclusa por trás dos muros manicomiais e no silêncio dos consultórios privados. Seja como for, e sem entrar nas razões históricas mais profundas dessa partilha, é evidente que ao ocupar a quase totalidade da cena no campo da loucura, desqualificando as margens e sombras dos saberes alheios à sua luminosidade cientifizante, a psiquiatria (e antes dela a exclusão na Idade Clássica, e

depois dela seus derivados) arvorou-se como única alternativa 'séria' à 'tagarelice' dos leigos e sonhadores. A partir dessa apropriação é compreensível que todo o resto não passe de 'mera literatura'. De nada adiantaria, porém, desafiar a hegemonia clínica consolidada, tentando resgatar por exemplo sua antítese cultural. Penso que faz parte das estratégias sociais e psiquiátricas reservar a seus opositores esse terreno baldio, gueto imaginário e mítico. Se quisermos fazer da loucura objeto de uma reflexão não-psiquiátrica sem transformá-la em 'mera literatura', será preciso recusar a polaridade da dicotomia mencionada por Starobinski (compreendendo sua origem, por exemplo, e desmontando a paranóia da razão que a sustenta), visto que ela fortalece o estatuto contemporâneo da loucura enquanto objeto exclusivo de um saber psiquiátrico. *Enfim, trata-se de retirar a loucura desse singular clínico ao qual ela foi reduzida, para poder pensá-la no plural.*" (17)

Como algumas terapeutas ocupacionais vêem a loucura

Moya Wilson, 1984: "Doença mental é um tema precário. Dando uma olhada desde o passado até o presente, verificamos que há na literatura um debate apaixonado. Algumas das abordagens são tão opostas, umas às outras, e parecem chegar nada além dos problemas de definições, onde o campo de batalha é o da semântica. Este capítulo não busca defender ou atacar nenhum referencial em particular, pelo contrário, pretende descrever e debater esse tema. A ênfase é dada à descrição e incapacidades, de como é percebido pelo outro, o que é ser doente ou louco. (...) O termo *homem louco* não é mais usado para descrever alguém que tenha uma mente desorganizada. Lunático, maniaco, raivoso, idiota, são termos, como já é do conhecimento geral, que mudaram o seu significado e também as condutas a serem tomadas são mais sofisticadas. Interessante que são termos que têm um duplo propósito: de abuso e de carinho, dependendo do contexto em que são empregados." (18)

Maria José Benetton, 1984: "Na psicose, onde existe essencialmente um problema do eu, um deslocamento entre as fronteiras deste e do mundo exterior, distancia o indivíduo de uma parte da realidade factual. No lugar deste mundo que ele não reconhece e em parte, perdeu, ele coloca uma realidade delirante e alucinada. Seja no plano da linguagem, do pensamento e da imagem, seja na mímica ou no comportamento, as criações originais ou mesmo grotescas se produzem frequentemente".(19)

F. Du Cos de Saint-Barthelemy, 1987: "No psicótico seus dois mundos são confusos e disto resulta uma incapacidade para separar a inteligência geométrica e a afetiva. Ele é incapaz de se considerar como um todo, sem sua mãe, ele vive o exterior como extensão de si mesmo. Resiste à introdução das leis do real pela forte tendência à identificação e reconstrói um pseudo real alimentado por seus fantasmas. Tem em seguida uma incapacidade para tolerar a frustração".(20)

Sylvia Ribeiro Fernandes, 1988: "A psicose é, em linhas gerais, a resultante de uma situação na qual o acesso à simbolização está impedido. (...) Na psicose não há falta; o indivíduo vive uma relação simbiótica com a mãe, não constituindo um corpo inteiro, único, que se relaciona com o mundo. Sendo apenas uma parte do corpo da mãe, fica impedido seu acesso à lei paterna. O pai, ou o representante deste, instituiria o rompimento dessa simbiose, privando cada qual da ilusão de completude. O ego do psicótico fica portanto cheio de falhas, buracos, vazios. É como se não houvesse história, a sua própria história. Esses vazios são preenchidos por uma realidade fantasiada, um mundo seu, regido por uma lei própria, a lei do inconsciente."(21)

Marie-Agnés Bourdin, 1988: "O paciente psicótico não reconhece a realidade exterior como distinta da realidade interior." (22)

Creio não ser necessário dimensionar através de elaborações o impacto no social acarretados pelos fenômenos citados. Basta tentar fazer uma imagem das possíveis ocorrências no social, através da clara e sábia frase anterior da colega Bourdin. Poderíamos, então, dizer que a clínica da terapia ocupacional é a da psicose. Mas ela não é a psicose da psiquiatria, da psicanálise ou da psicologia. Esta psicose seria a designação comum para diferentes tipos de distúrbios, tanto psicológicos e/ou físicos e/ou sociais, que acarretam em diferentes quantidades de tempo uma profunda modificação no sistema social próximo de quem os porta. E como prefiro dizer, diante de uma desvinculação no social, estamos frente a uma situação psicótica.

Assim, poderíamos dizer de doenças, de crises, de movimentos, de reações e de situações psicóticas para as quais uma intervenção que parta da realidade, do de fora para dentro, tem no mínimo o sentido de continência, de asseguramento e tranquilização. Este é o pilar fundamental da nossa engenharia, na qual a construção do edifício teórico se dará através da definição dos instrumentos, apresentação e demonstração dos procedimentos.

O ESTUDO

Neste capítulo apresentei como problemática os objetivos desta tese implicando-os a novas definições da Terapia Ocupacional e do conjunto de suas técnicas, que denominei também de terapia ocupacional, localizando-as no território da Saúde Mental.

Penso que meu estudo será teórico-prático, e espero fornecer com frequência indicações de uma linha mestra sobre a teoria da técnica da Terapia Ocupacional que será útil para estudos posteriores. Limites fixados desta forma dão bem uma idéia da extensão do meu objeto de estudo, assim como exigem o uso de dois tipos de instrumento: a literatura e a prática clínica em Terapia Ocupacional.

Serão pesquisados, em literatura, tanto as fontes primárias quanto as secundárias, a literatura crítica, documentos, depoimentos. Para a organização dessas fontes, levarei em conta duas características principais: a primeira é a questão de sua atualidade, tendo claro que os textos principais datam do período compreendido entre 1988 e 1993; a segunda é a acessibilidade das fontes, tanto as disponíveis quanto as possíveis de serem solicitadas através das bibliotecas acadêmicas.

A ênfase a ser dada será à literatura de Terapia Ocupacional na área de Saúde Mental. Obras de outras áreas, mesmo tão importantes quanto as específicas, terão o caráter de contribuição, apoio e complementação conceitual.

A bibliografia, que considero parte integrante do conjunto de informações que esta tese pretende transmitir, será ordenada por capítulo. As citações estarão catalogadas por ordem numérica, de acordo com a citação no texto. As demais referências, de forma alguma menos importantes, serão apresentadas em ordem alfabética. Quanto ao material clínico, é importante registrar que não foi montado com a finalidade de ser estudado. Toda a investigação que se encontra em cada caso clínico é inerente (e condição necessária) à própria intervenção.

Serão estudados aqui tanto casos da minha clínica particular como, e com intencionalidade, casos supervisionados por mim e assistidos por colegas-alunos. Como esta tese pretende orientar a formação de terapeutas ocupacionais, apresento algumas situações de ensino. Para completar essa parte da pesquisa serão também apresentadas situações de relatos de casos clínicos publicados.

Gostaria muito de poder inventar um método de estudo e pesquisa para a terapia ocupacional mas suspeito que ainda tenho poucos elementos para isso. Desta forma, o que me é possível visualizar como resultado desta tese é a existência de bons ingredientes numa medida incerta, misturados, porém, com certa ordem. Aqui se encontrará o estudo de teorias como suporte da atividade clínica, assim como o encontro e a criação de teorias a partir da clínica. Para ordenar todos os achados e perdidos que permeiam esta tese, precisei contar, antes de tudo, com minha maneira metódica de reter experiências, exercitando ao extremo a memória, recuperando detalhes, revivendo situações e simulações. Existe, por outro lado, muita coisa já escrita em Terapia Ocupacional, apontando alguns caminhos, alguns temas de maior relevância, principalmente em função da constância de abordagem. Há, da mesma forma, muitos assuntos que são alvos de crítica, de discordâncias e de polêmicas. Eles sempre são, por isso mesmo, desencadeadores de idéias, algumas possíveis, outras não.

Penso que com essa disposição descrevi uma anti-receita, um anti-método que demonstra dimensões invisíveis e incógnitas e, ao mesmo tempo, fornece ingredientes para um diálogo inteligente e salutar. O diálogo que gostaria de poder manter, principalmente com terapeutas ocupacionais, começa exatamente quando apresento como instrumentos de nossa clínica as atividades e o *setting* terapêutico. A composição, a organização e o uso desse instrumental na clínica dependem totalmente da terapeuta ocupacional. E é com o estudo desses três elementos que inicio este trabalho.

O INSTRUMENTAL

AS ATIVIDADES

A escolha de um nome

Na Terapia Ocupacional, *atividade, ocupação e trabalho* têm sido os termos mais utilizados para nomear seu instrumento de trabalho. Para mim, a escolha do termo *atividade* tem um sentido histórico, está ligado a uma história pessoal que envolve a maneira como posso compreender a minha escolha profissional. Para tanto, tenho de voltar à minha adolescência e aos primeiros contatos com um mundo muito estranho, muito diferente do meu, até então.

No início dos anos 60 meu pai foi representante de uma firma que importava tratores da *cortina de ferro*. De lá, foi enviado um técnico para orientar os agricultores da nossa região sobre a manutenção de tais veículos. Esse afável engenheiro ficou hospedado em nossa casa. Eu e minha irmã, principalmente, fizemos esforços tremendos para suplantarmos a barreira da língua e nos comunicarmos com esse senhor.

Entre outras coisas, pude compreender muito bem quando ele destacava a diferença entre o trabalho dos empregados de meu pai e o praticado em seu país, que parecia-me comunitário. O fato mais impregnado em minha memória - e estimulante do imaginário adolescente - é que os camponeses de lá tinham tratores e os daqui, enxadas. Entretanto, uma grande tristeza me invadiu quando ele, ao se preparar para partir, pediu-me que escrevesse uma carta presenteando seus filhos com os brinquedos que havia comprado, pois só assim poderia entrar com os mesmos em seu país. Mas tudo isso passou logo. O importante era presentear aquelas crianças do outro lado do mundo. Afinal, para quem sempre foi fácil ter brinquedos mas achava difícil o trabalho com o arado, ter um trator trazia mais felicidade do que um simples brinquedo.

Anos depois, ingressei na Universidade. Frequentando o curso básico de Ciências Humanas, engajei-me no movimento estudantil e assumi a vice-presidência do Centro Acadêmico. Foi nessa época que conheci um tal de Karl Marx do trabalho, do amor, da felicidade. O trabalho e, principalmente, o conceito de alienação tão debatido no início da carreira universitária, devidamente alimentado pelas fantasias adolescentes, contribuíram muito para a mudança de faculdade.

Nessa época conheci Vanira Scilla em sua festa de aniversário, levada por uma tia por afinidade, que sabia que ela estava terminando o curso de Terapia Ocupacional. Entre um docinho e outro, Vanira, com a energia e o entusiasmo que tem pela Terapia Ocupacional até hoje, colocou-me a par do que era desenvolver atividades para

reabilita. Aquilo pareceu-me exatamente o que buscava, uma forma de tratar pessoas deficientes de tal forma a poder ajudá-las a inserir-se na sociedade e, principalmente, no mercado de trabalho.

Foi sem dúvida uma certa disciplina ideológica que definiu a direção inicial de minha carreira profissional. É um fato que nunca tomei o modelo puramente médico de ataque ou enfrentamento dos sintomas como pressuposto básico para a Terapia Ocupacional. Mas nunca me propus, também, a tratar de alguém através do trabalho, sócio e economicamente definido como profissão, apesar de considerar esse tipo de trabalho um dos objetivos a serem alcançados através da intervenção na terapia ocupacional.

As atividades da terapia ocupacional podem e devem ser também as mesmas do trabalho, mas só nas Oficinas Abrigadas e outros locais criados especialmente com o objetivo de estabelecer trabalho protegido, onde a diferença entre *atividades e trabalho* diminui muito, apesar de não desaparecer.

Utilizo bastante o termo *trabalho* na clínica, tendo o cuidado de especificar a quantidade e a qualidade de energia, esforço e dificuldades existentes na realização de uma dada atividade. Por outro lado, há um grande esforço terapêutico a ser feito nessa clínica de terapia ocupacional sobre o trabalho. Este tema será desenvolvido a posteriori nesta tese.

Para o termo *ocupação*, a história é menos pessoal. Nunca me liguei muito ao significado de ocupar, ocupação ou comportamento ocupacional. Houve ocasiões em que pensei, até, que o nome da profissão deveria ser mudado. E pelo menos numa ocasião, esta sensação foi muito forte.

Em um Congresso de Psiquiatria realizado em 1982 conheci o dr. Suliano Filho, pai da Ocupoterapia no Brasil (23). Após minha apresentação, trazendo à tona a Terapia Ocupacional e a desospitalização, ele insistia nos comentários da importância da ocupação no hospital. Enquanto ele relatava os benefícios da ocupoterapia, iam passando imagens pela minha cabeça desse fazer nada pelo nada fazer. Em cores e em cinemascope eu via pacientes portugueses e espanhóis separando grãos de cereais nas peneiras de palha trançada (feitas pelos pacientes da ala dos produtivos), até a hora do lanche. Depois, as irmãs de caridade, juntavam esses grãos para que no dia seguinte fossem de novo separados.

Existem outros casos de ocupação subserviente: pacientes lavadores de carros, faxineiros, servidores de café, trabalhadores agrícolas do Juqueri e até mesmo os cabisbaixos pintores e escultores do Engenho de Dentro. Os profissionais coordenadores dessa forma de ocupação professam o valor intrínseco das atividades como terapêutica. Basta, então, existir atividades para acontecer o tratamento.

Pior ainda era a ferida aberta, deixada pela angústia provocada pela exigência de manter-me ocupada, ocupando pacientes, como aconteceu no meu primeiro emprego. Numa enfermaria do Hospital Geral, meu desejo e empenho de aplicar novas técnicas de Terapia Ocupacional foi reprimida pelos adeptos das atividades artesanais em pequenos grupos. O vôo mais alto possível era poder ocupar-me, e aos pacientes, com atividades expressivas, na opressão de não permitir pacientes desocupados.

Creio que toda terapeuta ocupacional já experimentou esta exigência de estar sempre ocupada. Outros profissionais, na instituição psiquiátrica, poderiam e podem

não fazer nada, ou descansar, mas a terapeuta ocupacional tem de usar esse tempo com atividades de lazer. A vigilância sobre o não fazer nada é, talvez, o sentimento mais vivido por terapeutas ocupacionais, sobrepondo-se ao medo aos pacientes e à impotência diante de uma população apática.

A imagem que me resta desse sentido de ocupação é de corredores e pátios, lugares preferidos dos pacientes. Esses locais de passagem, vazios de pessoas e objetos, são uma autêntica metáfora da esperança de sair. Esse fardo da ocupação que carregamos é descrito por Nascimento (1991), citando Nicacio: "Ficava claro que nossa função era preencher esse vazio de tal forma que ele não aparecesse, que não ficasse claro que esse vazio é produto da instituição, que isola e exclui as pessoas que estão dentro." (24)

Mostrei até aqui porque não uso os termos *trabalho* ou *ocupação* para nomear o instrumento de trabalho da terapia Ocupacional. Quanto ao termo *atividade*, prefiro sempre usá-lo no plural, projetando assim a amplitude na qual as dimensiono. As *atividades*, de maneira geral, não carregam em si o peso de significados socioeconômico-culturais existentes no trabalho, assim como não estão carregadas do não fazer, do vazio, como é a *ocupação*. Pelo contrário, elas dão a direção para o ato, para a ação, não encontrando-se aprisionadas pela história ocupacional nos asilos, nos manicômios, nos hospitais psiquiátricos. É um termo estabelecido dentro da própria Terapia Ocupacional.

Na literatura, as atividades encontram-se vinculadas a técnicas terapêuticas construídas por terapeutas ocupacionais, numa tendência constante de ampliação e multiplicação tanto do número quanto da qualidade das atividades desenvolvidas, assim como das técnicas para o seu uso. *Atividades* é, hoje, um termo universal dentro da nossa profissão. Creio que a grande virtude disso é que o termo não precisa de qualificativos ou significados para ser compreendido como instrumento técnico.

Por outro lado, esta simplicidade permite principalmente que sobre ele ajam qualificações e significações. Ao falarmos de *atividades*, por exemplo, podemos qualificá-las de trabalho, lazer e estudo, mas também de pintura, desenho, artesanato, ou mesmo de caminhar, nadar e outras formas de ação. O termo *atividades* nos permite manter um grande espaço, com múltiplos conceitos, sendo que a especificidade fica a cargo da definição contextual.

Essa liberdade, porém, é o nosso problema. Para resolvê-lo, é preciso ir em busca da localização das atividades na terapia ocupacional.

A defesa do uso de atividades

Se *atividades* é um tema central, é também o tema mais polêmico na Terapia Ocupacional de hoje. Para a maior parte das terapeutas ocupacionais, é o uso das atividades que especifica nosso campo de trabalho. Isto, entretanto, está longe de afastar dúvidas e questionamentos. Elas são o alvo da maior investigação no contexto atual da Terapia Ocupacional.

Existem argumentos e contra-argumentos sobre o tipo, a qualidade, o uso e as técnicas terapêuticas desenvolvidas através das atividades. Na literatura, é comum que encontremos em forma de perguntas a aparente insatisfação e/ou incompletude desse objeto de investigação explicitado em trabalhos recentes.

Y. Person (1990) questiona: "Nós observamos uma fuga no trabalho do terapeuta ocupacional. Será esta uma má definição ou uma má utilização?" (25) No artigo intitulado *Por uma Teoria dos Atos*, Person defende a reflexão sobre o abandono progressivo dos terapeutas ocupacionais da própria essência da Terapia Ocupacional: a atividade. Para ela, a atividade representa a base fundamental do trabalho da terapeuta ocupacional, sendo o seu uso definido como mediador da relação terapêutica e tendo de ser, para tanto, adaptada ao paciente.

Nascimento (1990) levanta uma série de questões ao tratar da problemática do hospital psiquiátrico, onde existe uma efetiva exclusão social do paciente: "O que é terapêutico na assistência psiquiátrica? A medicação? O eletrochoque? Futebol? Trabalho remunerado? Cooperativas? Lares abrigados? Preenchimento do tempo livre? Atividades expressivas? Atividades corporais? Festas, passeios? Treinamento profissional? Interpretação dinâmica das emoções, expressas através de uma outra atividade? Qual o sentido dessas práticas na instituição psiquiátrica? Como elas surgem? Com que finalidade e o que alteram?" Nascimento afirma também, em tom de crítica, que as terapeutas ocupacionais "insistem em focalizar sua atenção sobre as propriedades terapêuticas intrínsecas das atividades e utilizá-las de acordo com a sintomatologia do paciente". Isto, que para Nascimento é um mito calcado no poder mágico das atividades, deve ser alvo de uma reflexão e intervenção ao mesmo tempo técnica e política, onde haja na relação paciente-terapeuta o compromisso de transformação social, como está proposto no seu artigo *O Mito da Atividade Terapêutica*. (26)

Etienne (1991), em *A Atividade na América do Norte: Evolução versus uma Ciência da Ocupação*, pergunta: "Como podemos afirmar que as atividades cotidianas e rotineiras podem contribuir para o equilíbrio e a satisfação? Como ousar propor ao paciente as atividades artesanais, uma vez que o trabalho manual está fora de moda e mesmo desvalorizado? Como um instrumento de tal banalidade pode ser tão eficaz como os dos outros profissionais, que se utilizam dos instrumentos de tecnologia sofisticados?" Etienne caminha ainda mais. Em seu questionamento, ela põe à mostra nossa principal ferida: a sofisticação das ciências frente ao nosso instrumental muito simples. "Eu amaria dizer que o papel da terapia ocupacional consiste, em primeiro lugar, em criar um contexto favorável para que o paciente possa executar suas atividades cotidianas, e para acompanhar as suas ações, dando-lhe os meios de descobrir o sentido único que suas atividades têm para si. Esse acompanhamento exige uma atitude muito particular de atuação, de disponibilidade, de experiência, atitude essencialmente fenomenológica de acolhida sem prejudicar nem prognosticar, deixando ao paciente a alternativa de mudar, dando-lhe tempo de aceitar sua incapacidade, de integrar e de decidir a direção de sua existência. Mas com nossos imperativos de eficácia e de normatização, com nossos instrumentos avaliativos e nosso julgamento profissional, nós lhes damos esse direito?" (27) Nesse e em outros trabalhos publicados sobre o tema, Etienne tem demonstrado o quanto tem custado

aos terapeutas ocupacionais responder a solicitações teóricas, práticas e ideológicas, impostas pelos estudos atuais sobre a doença e a saúde.

Se, para Person, há no uso das atividades um sentido adaptativo, para Nascimento esse mesmo sentido as torna desvalorizadoras no ser humano, devendo, então, ser abandonadas. Para Etienne, antes de tudo, estas posturas são respostas parciais dadas àquelas solicitações.

Em 1980, a preocupação com a ciência toma conta das terapeutas ocupacionais americanas. Buscava-se uma forma de medida de eficiência e eficácia para as intervenções em terapia ocupacional, tanto em Saúde Mental como em outras áreas. A especificidade do fazer individual, como ato único, dificulta em muito a construção de laboratórios de análises. Cheguei a pensar que para analisar, medir, avaliar, quantificar e qualificar as atividades, seria preciso antes transformar o mundo num grande laboratório; mesmo assim, teríamos de voltar um dia ao ponto de partida, ao particular, à forma absolutamente pessoal que cada ser tem para realizar ou estar em atividade.

A partir de 1990, muitos são os artigos na revista *The Occupational Therapy Journal of Research* que apresentam como conclusão a impossibilidade da avaliação laboratorial das atividades. (28) Bem antes disso, entretanto, muitos terapeutas ocupacionais, justamente em função dessa dificuldade, passaram a abandonar as atividades na sua prática clínica. Na área física, por exemplo, elas foram substituídas por exercícios físicos de membros superiores, sendo que o corte horizontal é a divisão de trabalho entre terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Uns eram terapeutas de membros superiores e outros terapeutas de membros inferiores. Uma cisão, diríamos, bastante "psicótica". No Brasil, a deterioração das instituições no campo da Saúde Mental, levou os profissionais a se preocuparem mais com a política de mudança da instituição psiquiátrica do que, concomitantemente, em estudar técnicas para novas propostas institucionais. Desta forma, quando é possível haver mudança institucional, não temos terapeutas ocupacionais preparadas para sustentá-las tecnicamente.

O primeiro abandono, então, de atividades em Terapia Ocupacional se deu na área física, limitando-se as mesmas ao uso de exercícios fisioterapêuticos. Não estou, absolutamente, me referindo aos terapeutas ocupacionais e sim aos novos métodos clínicos em Terapia Ocupacional. Antes de abordar esta questão, é importante dizer que nas duas revistas paulistas de Terapia Ocupacional não há, até agora, nenhum artigo específico sobre a prática clínica ou sobre técnica empregadas na área física. Trago, então, dois artigos estrangeiros:

The British Journal of Occupational Therapy. Bumpherey (1987) conclui seu artigo "Terapia Ocupacional para Pessoas com Disfunção Física" sem se referir uma única vez às atividades, dizendo: "Concluindo, os fundamentos e o papel da Terapia Ocupacional permanecem em ruínas. Contudo, com mudanças tornando-a mais holística e analítica, com novas adaptações e acompanhando mudanças sociais e políticas, poderemos acompanhar a moderna tecnologia médica." (29)

No *Journal d'Ergotherapie* (França, 1993) há três artigos de Detraz (30), Durand (31) e Pigeon (32) sobre a reabilitação em traumatismos de mão, estudam a "pressoterapia", a "prótese meio elétrica" e a "estimulação vibratória", sem qualquer referência às atividades. No artigo de Durand, há a informação de que até 1988 ela

trabalhava com material construído pelos próprios terapeutas ocupacionais, apesar deste material estar longe de apresentar as características profissionais da medicina.

Estes exemplos demonstram que, na área física, o modelo médico é um objetivo a ser alcançado. Nele, a função da mão tem prioridade sobre a reabilitação do indivíduo como um todo. Parece-me, ainda, que a possibilidade de alcançar a integração do deficiente, tanto sócio como economicamente, está definitivamente afastada dessa *terapia* que nem sei se deve ser completada pelo termo *ocupacional*, ou se deve, na verdade, ser precedida pelo radical *fisio*, sendo chamada pelo que realmente é: *fisioterapia*. Por outro lado, nas áreas psicossociais também se fala de um abandono ou rejeição das atividades em Terapia Ocupacional mas, assim como ocorre na área física, não me parece que seja exatamente isso. O que ocorre, na verdade, é uma substituição instrumental.

Para Nascimento (1991), o abandono das atividades com grande "significado assistencial" significa que elas são substituídas pelo trabalho em novos sistemas de integração do doente mental na sociedade. Como exemplo, ela cita: "As Cooperativas Autônomas de Trabalho, para enfrentar a dificuldade de inserção dos indivíduos com história psiquiátrica no mercado e oferecer condições de trabalho compatíveis com as possibilidades e limitações das diferentes subjetividades." (33) Ela sugere, também, que a sociedade receba aqueles que passaram pela experiência da loucura para que participem das atividades nela desenvolvidas, como viagens, festas, passeios, comunicação, expressão, cuidados com o corpo e outras semelhantes.

Esta posição de Nascimento enquadra-se perfeitamente nos modelos de propostas gerados dentro do conceito de Reabilitação Psicossocial. Em esclarecedor artigo com extensa referência bibliográfica, Kleinman conceitua o que os europeus herdaram de Herman Simon e sua graduação do trabalho, hoje denominando-a Reabilitação Psicossocial. A Associação Internacional de Reabilitação Psicossocial, segundo Kleinman (1992), afirma: "Os programas de reabilitação psicossocial para doentes mentais providenciam experiências com o desenvolvimento de habilidades para o desempenho de funções na comunidade. Sua filosofia enfatiza o senso comum e as necessidades práticas, usualmente incluindo serviços vocacionais e de ajustamento pessoal para prevenir a hospitalização desnecessária. O *setting* para a reabilitação psicossocial é propositadamente informal para reduzir a distância psicológica entre a equipe e os membros ativos, participantes também do planejamento do programa. Esse grupo como um todo é continuamente encorajado a assumir papéis de cidadãos para facilitar a reabilitação psicossocial e o grande espaço total da comunidade é visto como o *setting* da reabilitação psicossocial." (34)

Se os europeus buscam subsídios em Herman Simon, 1929 (35) e Basaglia, 1968 (36), os americanos, de acordo com Kleinman, têm sua base constituída pelos pressupostos do programa da *Horizon House of Philadelphia* (1953). De maneira geral, o "programa social" tem como atividades: a) social/recreacional; b) vocacional; c) residencial; d) educacional; sendo desenvolvidas nos Estados Unidos em Agências Comunitárias de Reabilitação Psicossocial e na Europa nas denominadas Empresas Sociais.

Ainda segundo Kleinman, são poucos os terapeutas ocupacionais convidados para participar de tais projetos nos Estados Unidos, sendo dada preferência a

assistentes sociais. Na Europa, por sua vez, e principalmente na Itália, os dirigentes são psiquiatras e psicólogos, e os trabalhadores, mesmo sendo profissionais, são considerados apenas membros participantes do programa estabelecido para consumidores da psiquiatria.

Kleinman alerta para o fato de que, existindo terapeutas ocupacionais nas agências, eles trabalham sempre com atividades sociais/recreacionais, tais como o fomento de habilidades sociais básicas (conversação, cozinha, hobbies, exercícios físicos, habilidades interpessoais, tomar remédios e outras) ou habilidades vocacionais (trabalho pré-vocacional, atividades para desenvolvimento ou habilidades de acordo com instruções, como iniciativa, pontualidade e concentração).

Apesar das duas autoras, Nascimento e Kleinman, enfatizarem a liberdade de decisão e ação dos consumidores, tanto uma quanto a outra estão aprisionadas em propostas de programas estritamente estabelecidos. É interessante que, para ambas, exista uma justificativa sócio-política para tal abordagem em Saúde Mental. Para Nascimento e os europeus, os pressupostos da esquerda, consciência política e cidadania para os americanos, da direita: sua integração à sociedade de consumo. De qualquer forma, para o que nos interessa aqui, em ambos os casos não existe realmente abandono de atividades e sim uma qualificação delas de pretenderem ser diferentes das já existentes.

Ao mesmo tempo, nos Estados Unidos (1988), a Ciência Ocupacional, baseada em Kielhofner e colegas, desenvolve o conceito do comportamento ocupacional, supervalorizando o uso das atividades e buscando com isso aferir a *vontade*, a *habilidade* e o *desempenho* do doente mental. Para Etienne, no Canadá (1991), entretanto, as terapeutas ocupacionais americanas abandonaram muito rapidamente a linguagem simbólica, o mundo simbólico, nas atividades. E este comportamento, que ela denomina de *negligente*, dificulta muito a clínica da terapia ocupacional. Tanto colocando a atividade como prioridade, como abandonando-a como recurso terapêutico, tais opostos parecem-me estar afastados da prática clínica. Esses estudos, realizados por professores universitários, dificilmente têm podido ser aplicados na prática. Entretanto, estudá-los é fundamental quando nos propomos a acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico.

Como pode ser percebido, não tenho dúvidas quanto ao uso ou não de atividades. Tenho como pressuposto que as atividades - todas aquelas que possam ser usadas, limitadas apenas pela situação externa à própria Terapia Ocupacional - devem ser, além de conhecidas, ensinadas para o paciente. Sobre isso, e só sobre a realização de atividades, poderemos ir em busca de técnicas que permitam a observação e o reconhecimento da subjetivação da ação. A partir daí, sim, poderemos falar de comunicação, elaboração, associação e outros aspectos.

Na reflexão da clínica, esse desenvolvimento é mais lento. Creio, sobretudo, que no dia-a-dia, nenhuma das posturas teóricas sobrepõe-se em tempo, qualidade ou quantidade, de tal forma a ser priorizada.

O olhar de Nascimento (1991), claro e sintético, garante o retorno de minhas idéias na sua dissertação de mestrado *Loucura, Trabalho e Ordem - O Uso da Trabalho e da Ocupação em Instituições Psiquiátricas*: "Benetton concebe a Terapia Ocupacional como processo de comunicação que opera através da tríade terapeuta-paciente-

atividade, compreendida psicodinamicamente. (...) Para ela, a psicodinâmica dos indivíduos torna muito particular o processo de realização das atividades que, nessa medida, pode tornar-se instrumento de comunicação. (...) Direcionando seu trabalho para o campo das psicoses, Benetton entende que a realização de atividades expressivas, num setting terapêutico que inclui as relações terapêuticas, abre caminho para que se demonstre a correlação entre fatos, objetos e pessoas: ela denomina esse caminho *composição de uma trilha associativa num campo transferencial*. (...) Outra contribuição da autora refere-se à delimitação do papel da terapeuta. O fato dele poder ser usado como instrumento de articulação associativa, que leve à interpretação transferencial, não exclui outro tipo de competência - o de educador - quer no que se refere ao domínio das atividades, quer no estar preparado para colaborar na questão do trabalho produtivo e do lazer do paciente na sociedade. (37)

Definição de atividades

Não é fácil encontrar definições para *atividades*. Talvez seja assim por um motivo óbvio: elas fazem parte da experiência cotidiana de todos nós. Qualquer coisa pode ser uma atividade. Gostaria, entretanto, de especificar o significado do verbete em Terapia Ocupacional.

Em toda literatura consultada, é a atividade que define a Terapia Ocupacional. No tópico "Atividade" do livro *Introdução à Terapia Ocupacional*, de Mountford (1971), a definição é: "O conceito básico da terapia ocupacional é que a atividade empregada pelo paciente afeta sua habilidade funcional."(38) Pode-se, sobre a atividade, falar de suas características, qualidades, quantidades, dos resultados, da utilidade e da novidade. Mas como dizer *o que ela é?*

Em Terapia Ocupacional, parto do ponto-de-vista de que a atividade é o terceiro termo de uma relação que ocorre a partir do pressuposto de que existe uma terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional.

De maneira geral, considero esse encontro já como uma atividade, assim como falar, gesticular, fazer ginástica, jogar, estudar, pensar, que também integram o arsenal da Terapia Ocupacional. Entretanto, gostaria de tratar em primeiro lugar daquelas atividades que, através da manipulação de materiais, são capazes de resultar em um objeto criado ou construído, que demande trabalho sobre qualquer tipo de material inanimado.

Para os franceses, estas atividades são denominadas de *atividades de atelier*, o que as define apenas pelo espaço onde comumente, mas não especificamente, elas são realizadas. Na realização de qualquer atividade está embutida uma técnica que a qualifica. Um ponto atrás do outro, enfiados nos lugares previamente desenhados de uma tela, contém uma quantidade e qualidade de procedimentos técnicos muito pequenos e repetitivos. Creio que este aparelho aqui, bastante esquisito, denominado de computador, precisou de conhecimentos técnicos bastante sofisticados para ser

feito. Em relação a essas atividades que resultam, concretamente, em um produto, ressalto a existência de uma dinâmica processual.

Nessa realização, entretanto, há a possibilidade de se ordenar de diferentes maneiras os procedimentos técnicos sem alterar o produto. Isto marca a diferença entre a técnica propriamente dita e a colocação da técnica em ação. A técnica em ação nos diz de uma dinâmica onde um ponto atrás ou ao lado do outro permite opções nas realizações. Sobre essa dinâmica escrevi (1991): "Vejo, por exemplo, os manuais de aprendizagem de atividades como um jogo de quebra-cabeça, que funciona muito por tentativas e erros. Só quando se sabe fazer é que se conhece a dinâmica própria do processo de realização de uma dada atividade. Com isso é possível queimar, aglutinar, superpôr, trocar, enfim, alterar etapas para, se necessário, orientar o paciente ou mesmo não interferir em seu processo de realização, visto que o caminho escolhido pode não alterar o resultado, ou é até mesmo pertinente que seja criado. Neste sentido, o que é repetido ou o que é criado é uma das vias de comunicação, uma vez que a forma de realizar uma atividade pode nos revelar o estado do paciente e, com o tempo, como é o paciente no que diz respeito ao fazer." (39) Reconhecer aqui a dinâmica do processo de realização de uma dada atividade é um fato anterior ao acontecer psíquico do indivíduo em atividade.

Em função disso, posiciono-me em contraposição à qualificação das atividades como psicodinâmicas contidas em Fidler y Fidler (40), pois a psicodinâmica ocorre em indivíduos e não é qualidade das atividades. Na verdade, essa dinâmica processual, própria das atividades, é destituída de tais qualificações, quantificações e significados, sendo esses elementos acrescentados a ela através do acontecer do indivíduo em atividade. Há, também, oposição ao estudo realizado por Llorens (41) em 1970, quanto às qualidades, efeitos e significados afetivos das atividades.

Diria que meu olhar sobre a atividade, aqui, quer se afastar do sentido de compreendê-la para se aproximar do vê-la. A maneira de fazer uma atividade começando-a pelo fim, quando isto é possível, é o que denomino de dinâmica da realização de atividades.

As atividades, com seus diálogos determinados pela qualidade e quantidade de seus procedimentos técnicos para obtenção de produtos, têm sido consideradas instrumentos prioritários da prática clínica em Terapia Ocupacional. Esta afirmativa não determina essas atividades como mais importantes. Tentando ser mais precisa, diria que elas são elementos centralizadores e orientadores da prática; que de pronto apresentamos a quem nos procura para fazer terapia ocupacional; é com esse instrumento que nos apresentamos. Na minha opinião, isso vai um pouco mais além: é através dessas atividades que me dimensiono como terapeuta ocupacional.

Definidas assim, essas atividades têm o valor do primeiro passo para uma construção mais complexa, que é a do processo terapêutico. Nele, essa ordenação dos procedimentos para confecção do objeto facilita, em primeiro lugar, o ensino e a aprendizagem através da experiência do fazer. Em segundo lugar, abrem espaço para o fazer de diferentes maneiras, para obter um mesmo produto. Fazendo uma analogia com a linguagem verbal, diria que há possibilidade de dizer usando diferentes palavras ou maneiras de se construir uma frase ou a própria fala.

A importância de observar a dinâmica de realizações de atividades aumenta muito quando esse jeito particular escolhido para criar, construir e destruir, é alterado por sentimentos e emoções. Nesse momento a atividade fica acrescida da possibilidade de mostrar sentido e significado. Este sentido e este significado das atividades têm sido buscados em terapia ocupacional através de um procedimento denominado de *análise de atividades*, assunto que tratarei a seguir.

Análise das atividades

Pensava em trazer, nesse momento, um pouco mais da minha história na clínica da Terapia Ocupacional. Mas percebi que o discurso de Mc Garry ao tomar posse na presidência da Associação Canadense de Terapia Ocupacional, em 1990, tinha essa história já escrita e é a ela que recorro neste momento. Nessa época, ela já tinha 25 anos de clínica e, portanto, experiência e autoridade para defender o uso das atividades em Terapia Ocupacional. Ela disse então: "Estou convencida que nossa principal habilidade consiste, além de uma avaliação global, em colocar o paciente em contato com uma atividade analisada minuciosamente, adaptada e buscada especialmente para obtenção do sucesso terapêutico no domínio do trabalho, dos cuidados pessoais e do lazer."

No seu contato com terapeutas ocupacionais recém-formadas, Mc Garry havia percebido que moças inteligentes e talentosas não utilizavam atividades artesanais na sua prática. Chegaram a assustar-se quando ela mencionou, inclusive, o uso do macramé como atividade para o paciente, atividade através da qual eram discutidas técnicas de intervenção terapêutica: "As novatas olhavam-me perplexas e pediam-me explicações. Eu descrevi o processo requerido num projeto de macramé: o fato de graduar a espessura e a textura do fio, a utilização de diferentes cores, a dificuldade dos diversos traçados, a concentração requerida, as exigências em termos de resolução de problemas e a satisfação que vem após ter sido completado um projeto bem sucedido. Descobri com tristeza que essas terapeutas ocupacionais não tinham jamais graduado uma atividade a partir de um material, como a corda, pela espessura e textura, e não compreendiam a utilização e a escolha das cores tanto pelos seus efeitos estimulantes como calmantes, no plano terapêutico. Estas novas diplomadas tinham aprendido a dar aos pacientes como atividades terapêuticas tarefas de empilhar argolas ou de empilhar formas segundo um modelo. Elas tinham aprendido que as atividades eram horrorosas para a profissão e que era melhor evitá-las."

Hoje, para Mc Garry, existem duas escolas de pensamento no seio do programa de formação: uma, que admite e estuda diferentes tipos de atividades para aplicação prática; e outra que, apesar de se apresentar com diferentes recursos e técnicas terapêuticas, abandona o uso das atividades. Apesar de não especificar quais, penso que ela está falando de técnicas como as dos exercícios físicos, de psicomotricidade, de senso-percepção, do uso do trabalho profissional e até mesmo do uso de instrumentos de adaptação.

Mc Garry defende o uso das atividades porque elas tornam a Terapia Ocupacional uma profissão única, "elas constituem a particularidade e o essencial de nossa competência". E completa: "A Terapia Ocupacional é uma arte e uma ciência, e nosso desafio consiste em fazer uma ligação entre as duas, reconhecendo a independência dos pontos de vista teórico e prático, e de integrar o antigo e o novo." (42)

Como Mc Garry, acredito que o abandono das atividades, já definido em tópico anterior, acarreta a despersonalização da nossa profissão. Penso que as diferentes atividades, como as tantas mencionadas aqui, devem ser também utilizadas. Não posso, principalmente, conceber a idéia de que um ou outro tipo de atividade venha a ter, a priori, maior valor terapêutico. Espero que a defesa dessa posição venha a ser compreendida ao longo dessa tese.

Dois pontos, entretanto, em Mc Garry e outros muitos autores de Terapia Ocupacional, merecem ressalvas de minha parte. O primeiro é sobre a definição de Terapia Ocupacional como ciência. Espero que este ponto já tenha sido esclarecido no início deste trabalho. O segundo é a *análise de atividades*. Em parte, o que é denominado de *análise de atividades* pode ser compreendido como o conhecimento das técnicas requeridas para a realização de uma dada atividade. Mc Garry, por exemplo, mostrou em seu depoimento anterior que existem qualidades e significados físicos, psíquicos e sociais, que podem ser previamente estabelecidos e fixados através dessa mesma análise.

Buscando referências para a *análise de atividades*, optei por duas conceituações representativas tanto na área física como na mental.

A primeira é de Trombly e Scott (1977), estabelecida para a terapia ocupacional da área física: "Análise de Atividades é o processo de cuidadosamente investigar as atividades, para determinar seus componentes. O terapeuta que é treinado em análise pode facilmente selecionar a atividade mais apropriada terapeuticamente, entre as que estão disponíveis e que sejam do interesse do paciente. O terapeuta seleciona a melhor atividade para ir de encontro ao objetivo do programa do paciente. A melhor atividade é aquela que demanda intrinsecamente o exato movimento que determina a melhora da disfunção... A atividade escolhida deve ter como finalidade o objetivo terapêutico ou o produto." (43)

A segunda é de uma terapeuta especializada em psiquiatria, Finlay (1988): "Uma das capacidades-chaves do terapeuta ocupacional é sua habilidade de analisar as partes que compõem uma atividade, visando usá-las em benefício do paciente, dando ênfase ao seu crescimento e desempenho. Dessa forma, numa análise passo a passo, pode-se sentir o processo laborial, o que é essencial, até que o terapeuta se sinta familiarizado com ambos: a natureza da atividade e sua potencialidade como meio de tratamento." (44)

Até o momento, temos a certeza de que, numa análise de atividades, é possível:

1. Conhecer as técnicas requeridas para a realização de uma atividade.
2. Estabelecer previamente qualidades e significados físicos, psicológicos e sociais de uma atividade.
3. Investigar a atividade para determinar seus componentes.
4. Adequar as atividades a objetivos terapêuticos.

5. Conhecer previamente as atividades adequadas a cada disfunção.
6. Analisar as partes que compõem uma atividade.
7. Conhecer a natureza da atividade.
8. Conhecer o potencial terapêutico da atividade quanto aos seus aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Poderia continuar com esse exercício por um longo tempo enumerando muitas teses sobre o potencial de uma análise de atividades, mas creio que com essa amostra já temos condições de trabalhar.

Sei que tudo o que descrevi até agora não é suficiente, entretanto, para compreender o que é uma análise de atividades, ou melhor, como ela é feita. Como se tem tal análise como um procedimento técnico, é preciso demonstrar como se faz. Para isso não quero citar um autor, mas mostrar parte do roteiro pelo qual fui ensinada. (45)

ATIVIDADE

1. Características gerais

- 1.1. Local de trabalho
- 1.2. Número de pessoas envolvidas
- 1.3. Equipamentos e instrumentos
- 1.4. Materiais
- 1.5.-Custo
- 1.6. Qualidades gerais
 - a) Difícil, fácil, esgotante etc.
 - b) Estruturada, não estruturada
 - c) Sedativa, estimulante
 - d) Maleável, resistente etc.

2. Requisitos gerais

Psicológicos

- 2.1. Reconhecimento de forma, cor, dimensão
- 2.2. Concentração
- 2.3. Memória
- 2.4. Atenção
- 2.5. Percepção etc.

Físicos

- 2.1. Posição para trabalhar
- 2.2. Envolvimento corporal
- 2.3. Qualidade do movimento
- 2.4. Coordenação etc.

3. Potencial para tratamento

- 3.1. Expressão e controle das emoções
 - a) Curiosidade
 - b) Dependência
 - c) Hostilidade
 - d) Ansiedade

- e) Depressão etc.
- 3.2. Detalhes cinesiológicos
 - a) Movimentos
 - b) Grupo muscular
 - c) Músculo trabalhando
 - d) Músculo em repouso etc.
- 3.3. Relacionamento
 - a) Com o terapeuta
 - b) Com o grupo
- 4. Condições para o uso
 - 4.1. Indicada
 - 4.2. Contra-indicada
- 5. Adaptabilidade
 - 5.1. Aos materiais
 - 5.2. Aos objetos
- 6. Aspectos psicodinâmicos
 - 6.1. Auto-observação
 - 6.2. Observação do outro
 - 6.3. Reações emocionais
 - 6.4. Aspectos exploratórios
 - a) Inteligência
 - b) Educação
 - c) Cultura
 - d) Simbolismos
 - e) Associações etc.

Mesmo que este modelo estivesse descrito no seu todo e se tomássemos particularmente cada modelo de análise de atividades para estudo, não poderíamos saber qual é a lei, qual é a regra que orienta qualquer uma dessas análises. Essa divisão que poderia seguir *ad infinitum* atomiza de tal forma as atividades que as esvazia de significados pessoais e sociais. Nada com esse roteiro nos encaminha a saber sobre um paciente que ao entrar na sala de terapia ocupacional escolhe trançar corda ou cortar papel.

Mountford (1971) nos dá a indicação para o limite desse estranho processo. Ela escreveu: "A análise de atividades pode ser um procedimento extremamente longo e detalhado. Na prática, a extensão da análise é limitada." (46) Então, por que ela é feita "teoricamente"? Será que não existe uma forma prática de conhecer e analisar as atividades de tal forma que esse estudo esteja delimitado pela realidade clínica?

Eis minha questão. Mas antes, minha opinião: não vejo com um mínimo de utilidade qualquer coisa que se escreveu e descreveu da análise de atividades, até hoje. A parcialidade no uso de teorias, métodos e técnicas para tal investigação não

foram capazes de determinar leis e regras, tornando tal procedimento "teórico" totalmente insólito.

As pesquisas recentes da *Occupational Therapy Journal of Research* sobre os novos métodos de Terapia Ocupacional trazem como uma constante a conclusão de que não foi possível verificar na prática clínica o uso de modelos teóricos propostos para a análise de atividades.

Um exemplo disso é o trabalho de Kielhofner, Thenny, Walens e Rogers (1991), *A Generalizability Study of the Occupational Performance - History Interview* (47), nessa mesma revista. A conclusão final dessa pesquisa pode ser resumida em como os instrumentos de avaliação podem alcançar confiabilidade quando realizamos classificação e avaliação para pesquisa, mas não para uso clínico no *setting* comum da prática. Agora, os adeptos da análise "teórica" das atividades a recomendam como uma forma de preparo técnico para o exercício da terapia ocupacional. Não creio que isso seja necessário ou mesmo possível. De qualquer forma, é preciso rever com atenção tudo o que, até agora, foi colocado sobre a mesa.

Medeiros (1989): "Agora uma outra disciplina: Atividade e Recursos Terapêuticos. Era a chance de aplicar aquela experiência adquirida no Centro de Educação e Artes. Acreditava que vivenciar atividades expressivas e mesmo artesanais era o momento mais importante para que se pudesse compreender o processo da terapia ocupacional, tanto quanto desenvolver uma percepção mais apurada de si próprio e do outro, numa relação de trabalho criativo. Esse processo vivencial, marcado de prazer, conquistas, descobertas pessoais e grupais, juntamente com uma prática profissional não restrita a ambientes hospitalares, deveria dar conta de formar um terapeuta ocupacional mais crítico de seu papel social. Essa experiência foi sendo acrescida de várias outras oportunidades vivenciais por parte dos professores que almejavam objetivos semelhantes." (48)

O que Medeiros não pôde perceber naquele momento é que o aprender atividades para a terapia ocupacional exige uma especificidade, isto é, da análise técnica à compreensão das atividades como um elo técnico do sistema terapêutico. Para isso é preciso criar um laboratório de análise de atividades, mas antes disso é necessário fazer uma recapitulação.

Em primeiro lugar, escolhi o termo *atividades* para nomear o terceiro termo da terapia ocupacional. Depois, restringi sua característica como sendo aquela que tem um material inanimado para ser processado, resultando num produto. Até aqui, procurei não dar qualquer qualificação que não seja técnica para essas *atividades*. Preferi, inclusive, falar de uma dinâmica com a qual pode-se ensinar e aprender a fazer. Por fim, registrei que qualificações e significações físicas, psíquicas e sociais serão acrescidas àquelas atividades pelo indivíduo que as realiza.

Então, qualquer coisa que venha a ser desenvolvida aqui deve levar em conta que existe num só momento dois aspectos a serem considerados para análise: as atividades e o sujeito em atividade. Esta questão surgiu há cerca de 15 anos, quando resolvi criar a disciplina Laboratório de Análise de Atividades para o Curso de Especialização de Terapia Ocupacional em Psiquiatria, antes mesmo da existência do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.

Do lugar da mulher de mil e uma atividades, nunca supus que estas mesmas atividades pudessem ser aprendidas nos livros. Como dizia naquela ocasião: a consigna é fazer. Daí, a localização onde aconteceria a análise, num "laboratório", lugar onde ocorre a experiência do fazer. Nesse laboratório todas as terapeutas ocupacionais alunas realizaram durante um ano atividades que não sabiam ou que tinham dificuldade para fazer. De maneira geral, eram atividades expressivas, estruturadas, incluindo exercícios de atenção e percepção, outros de memória visual e auditiva, além de atividades intelectuais e culturais como relatórios baseados em pressupostos teóricos, entrevistas com artistas e artesões, visitas a exposições, concertos, teatro e cinema. A idéia básica era esta: a terapeuta ocupacional tem de ser inteligente, culta e saber usar isso para desenvolver atividades, pois apenas desta maneira poderá transformá-las em instrumento para a terapia ocupacional.

Em 1982, com a disciplina Laboratório de Análise de Atividades já montada, no final de cada sessão fazíamos uma avaliação onde eram discutidos os aspectos técnicos da realização de atividades e a criatividade; o produto do ponto-de-vista da estética, da sofisticação e da utilidade; por fim, as emoções e sentimentos individuais frente ao trabalho e na relação com o grupo.

Já com o C.E.T.O. montado, Ferrari e eu escrevemos sobre o Laboratório (1989): "No segundo ciclo do *Curso Introdutório* utiliza-se atividades para, a semelhança à situação do paciente, compor um prontuário da produção do aluno, agora, deixando de lado o formal, preocupando-se com o sentir. Ao fazer busca-se viver, perceber, compreender do lugar do outro, isto é, do lugar do paciente.

Estabelecer condições para o estudante criar, programar, estudar e realizar atividades é o ponto de partida para reflexões sobre técnicas do uso de atividades como terapia. A exigência de um bom produto final, em algum momento desse laboratório, implica em atentar para o processo e para a técnica de realização de atividades propiciando o ensino e a organização da realidade. A vigência do acaso (o fato novo, não previsto), repetições, e das associações ocorridas nas, ou através das atividades, permite avaliar a ocorrência da comunicação dos fenômenos intra-psíquicos. Neste momento, ressalte-se a importância da análise pessoal, instrumento imprescindível para acompanhar tal processo. Do ponto de vista da psicodinâmica, atividades sem ligação ou conexão aparente entre si, são o início de um jogo. Cada jogador terá de compor com elas um texto que sobretudo seja uma comunicação. O significado é apenas o pano de fundo no qual descansam os fantasmas como se fossem figuras em relevo. Da mesma maneira que na leitura de um romance, com a volúpia da incorporação, se colocando na posição do herói ou se deliciando pela clara descrição como guarnição apetitosa, o terapeuta introjeta, empatisa, realiza a aprendizagem da terapêutica através das atividades. Tal qual um arqueólogo que escava sua própria arqueologia, o terapeuta ocupacional vai encontrar sua forma de ser arqueólogo daquele que pelo sofrimento tem soterradas as primeiras imagens. Depois costurá-las com linha e agulha, conectá-las com papel e tinta, refazê-las com lápis e borracha." (49)

Era muito difícil coordenar essa disciplina que, pelo seu conteúdo e sua didática, desenvolve-se até hoje entre o terapêutico e o pedagógico. Não havia ainda subsídios técnicos para que nesse espaço, como professora, pudesse com tranquilidade (e pouco

envolvimento), aparar e amparar a avalanche de emoções e sentimentos que esta situação definitivamente desencadeia. Aliás, é justamente por isso que nela se pode tratar alguém. O conteúdo não podia ser alterado mas era preciso encontrar subsídios para construir uma nova didática.

A solução só foi encontrada após a descoberta da construção das trilhas associativas. Foi mantido o pressuposto anterior de fazer atividades esteticamente bem feitas, de preferência as desconhecidas ou as ditas difíceis. Desta forma a professora tem, desde o início, a função pedagógica de ensinar a fazer, coordenando ao mesmo tempo o reconhecimento e a comparação das dinâmicas existentes nas técnicas empregadas.

Após a confecção de algumas atividades, as alunas começam a estudar e comparar seu desempenho nesse conjunto, associando, através das semelhanças e diferenças, as dinâmicas da realização dessas atividades; seu investimento psicológico, físico e social, depositado ou desencadeado nesse processo e, por último, seu envolvimento grupal.

Até aqui, tal procedimento não difere em nada do de uma relação terapêutica. A diferença se estabelece na conduta didática. A professora, como coordenadora do laboratório, pode até intervir colaborando na construção de associações entre atividades, sem entretanto transpor isto para situações da vida da aluna. Sem dúvida, é bastante sutil o limite entre o didático e o terapêutico nesta atividade. Basicamente, é uma questão de postura e de ética. Sei que muitas alunas aproveitam terapeuticamente essa disciplina e penso que deve ser assim mesmo. Tive o cuidado, então, de dar aulas esporádicas nas disciplinas teóricas, mantendo assim uma certa distância e pouco conhecimento sobre as alunas. Entretanto, creio que essa disciplina deve ser sempre mais didática que terapêutica, para que não percamos nunca a chance de realizar uma análise de atividades.

É preciso, como professora, fazer um corte exatamente antes da análise das associações feitas entre atividades. Isto é quase um "chega pra lá" do tipo: quer saber o que penso disso? Pois a resposta é: não penso nada! Sabia, como sei, que as alunas em terapia levam esse material todo para seus terapeutas e parece-me que eles sempre trabalharam muito bem com isso. Esta disciplina termina com um caminho associativo construído com a totalidade das atividades realizadas por cada aluna.

Até aqui demonstrei como aprender a análise de atividades. Aliás, foi justamente através desses laboratórios que pude experimentar e definir alguns aspectos desta análise. A primeira parte diz respeito à dinâmica existente nas técnicas de realização de atividades. Recapitulando: essa dinâmica, em terapia ocupacional, é conhecida por estar embutida na técnica e se caracteriza pela qualidade de permitir aglutinar, superpor, queimar, trocar e criar etapas sem alterar o produto. É ela que também nos oferece a delimitação do movimento, ritmo, balanço corporal, assim como alguns caracteres dos investimentos físicos, psicológicos e sociais requeridos para a realização de uma dada atividade. Ela é, então, tudo de subjetivo que uma técnica pode conter.

Todas as atividades exigem algum tipo particular de procedimento para serem realizadas, como o ponto na frente do outro, ou mesmo atrás, no bordado. O espaço

para fazer de um jeito ou de outro nos é dado por essa dinâmica. Não existe uma forma teórica para a apreensão dessa dinâmica.

O primeiro pressuposto para a análise de atividades é que é preciso fazê-las para a detecção e expansão desse espaço virtual dinâmico contido nas técnicas de realização das mesmas. Por outro lado, é também fazendo e experimentando muito que podemos perceber a ampliação desse espaço. Quando uma receita não está dando certo, podemos usar truques já descobertos: batata para tirar o excesso de sal, por exemplo.

O segundo pressuposto é que só é possível ensinar sabendo fazer bem feito. Para ensinar, é preciso já ter sentido a qualidade e a quantidade de investimento físico, psicológico e social requeridos em diferentes tipos de atividades. Para cada indivíduo, é certo que isto será diferente, mas pelo menos não se correrá o risco, aliás muito comum, de confundir as dificuldades ou facilidades do indivíduo na realização de atividades com as dificuldades e facilidades apenas como características da simplicidade ou sofisticação da técnica.

Como terceiro pressuposto, a análise de atividades se aprende a fazer decodificando primeiro nossos próprios investimentos, isto é, despertando o caráter exploratório dessa técnica através de nós mesmas, terapeutas. Só depois de reconhecer que apreciação, aderência, rejeição, identificação, projeção e, sobretudo, associação, são fenômenos que ocorrem também conosco, e de igualmente reconhecer a validade da experimentação de tudo isso em laboratório, é que podemos ver e compreender a sua ocorrência no outro.

O quarto pressuposto é que a análise de atividades é um procedimento ordenado que tem por objetivo propiciar a terapeutas ocupacionais a experimentação laboratorial de atividades que virão a ser utilizadas na terapia ocupacional.

Durante um processo terapêutico não é só essa análise que a terapeuta ocupacional usa para indicar, ensinar ou tratar com atividades. Seu lugar mais importante é como um dos subsídios para a terapeuta, uma vez que a relação terapeuta-paciente-atividades desencadeará uma dinâmica muito complexa, acarretada pela quantidade e qualidade infinita da ocorrência de fenômenos físicos, psíquicos e sociais que tornam essa análise insuficiente para dar conta da investigação e compreensão das situações.

Entretanto, ela sem dúvida é o melhor instrumento que temos para o desenvolvimento do saber sobre atividades. Não vou longe para trazer um exemplo. Para isso, é bastante o próprio laboratório de análise das atividades. Quando os alunos trabalham com argila, costumo sugerir e trazer às vezes alguns modelos, outras vezes trabalhos meus e de diversos artistas. Gosto, tenho habilidade e prazer em fazer pequenos bustos com detalhes quase entalhados. Para a maior parte das alunas essa forma de *gostar* da argila é desafiante, desinteressante e desgastante. Tanto o meu *gostar* quanto o *não gostar* delas não tem a ver, na maior parte das vezes, com o material e/ou a atividade, mas tudo começa a se complicar quando tentam copiar o trabalho da professora. Pode-se saber, então, quando se faz análise de atividades, que se provoca o desencadeamento de *estranhos* sentimentos, mas não se pode saber quais são eles através dessa simples análise.

Entre os pólos da análise de atividades, como uma lista de supermercado, onde são assinalados os itens existentes ou faltantes, ao não saber do parágrafo acima se dá a potencial analisabilidade das atividades que são feitas com materiais.

Os materiais

Material, em Terapia Ocupacional, é todo arsenal instrumental utilizado na realização de atividades: a matéria-prima, os instrumentos para sua manipulação e todo o aparato que constitui o setting terapêutico. Desta forma, é preferível usar o termo no plural, estabelecendo com isso o contexto da necessária multiplicidade dos materiais.

Em Terapia Ocupacional, existe certa confusão entre a análise das atividades e a dos materiais, da mesma maneira que há entre a matéria-prima e os instrumentos usados para manipulá-la. Falo em confusão porque, na nossa literatura, ainda não encontrei um estudo que tenha estabelecido uma clara definição entre essas análises.

A afirmação de que uma atividade pode ser tecnicamente analisada através do fazer, mas que só pode ser significativa através de quem a fez, não pode ser simplesmente transferida para todos os materiais que usamos. Existem materiais que alguns psicanalistas chamam de primitivos, outros de naturais, como terra, água e pigmentos, que dentro de alguns limites são previamente significativos pela sua própria natureza. Nem o fogo nem o ar têm impregnado no imaginário cultural, como a terra, quando pó, - a morte - e no acrescentar a água, então barro, a vida - o primeiro homem.

A água, como elemento comum, em composição com a terra resulta em barro e, com o pigmento, em tinta. Argila e tinta, duas matérias naturais advindas de uma combinação natural. De maneira quase poética, coisa difícil de transmitir numa tradução, o psicanalista Bayro-Corrochano (1992) escreve sobre a terra: "É preciso precisar melhor a especificidade terapêutica da mediação terra. Por aquilo mesmo que a terra é, uma matéria natural, a argila molhada pode ser acamurçada ou não, áspera ou suave e de diferentes cores: pode ser vermelha - a mais comum -, rosa, branca, verde e negra. É uma matéria viva e sensual, que adquire muito rapidamente a temperatura do corpo da pessoa que modela e que não requer uma grande técnica para ser modelada ou esculpida. Pode-se dizer que é uma matéria terapêutica em si. Entretanto, arriscamos ir um pouco mais além para fazer uma primeira constatação: a terra suporta tudo. É uma matéria receptiva das tensões psíquicas, ela permite uma descarga das tensões psíquicas, ela é maleável, amassante, *terra-mãe*-acolhedora, uma matéria que permite um certo *abraçamento*. Ela é agradável de manipular, *atendente* de todos os impulsos do corpo, definitivamente fonte de prazer. Mas é uma matéria que pode ser temível, também, pelo seu forte poder de indução e de despertar emoções. A terra convoca o corpo do sujeito, mas importa-se com qual corpo: o corpo pulsional, singular do sujeito, se bem que os objetos produzidos e modelados no encontro terapêutico são parte deste que pode-se denominar, após Lacan, o imaginário e o simbólico próprios do sujeito; é como se, através da modelagem da terra, essas

duas funções gravitassem ao redor do real-corpo. É por isso que podemos fazer com a terra um material rico em traçados de trajetões pulsionais, emocionais e de sensações, um material do tipo pré-verbal (sem que isto queira dizer fora da linguagem). Corpo erógeno, lugar para a inscrição tanto do prazer quanto do desprazer. Lugar onde se pode chegar partindo das representações que o sujeito tem do seu corpo e que são, na maior parte dos casos, inconscientes, fazendo uma junção que denominamos, após Dolto, imagem inconsciente do corpo; ou, pelo lado freudiano, o eu inconsciente, narcísico e que nós retomaremos no objeto-terra. Então a terra, quando mediadora terapêutica, permite a circulação do corpo singular do sujeito no seu discurso." (50)

Não se sabe quando se usou pigmento pela primeira vez neste mundo. Até agora, nos objetos mais antigos estudados pela Arqueologia, resquícios de pigmentos de composição orgânica, pelo menos, sempre foram encontrados. Assim como a terra, o pigmento é primitivo e natural. A mistura do pigmento com a água, que resulta em tinta, não altera sua química e permite seu uso no desenho e na pintura pelo contraste de seu substrato, a cor.

Sobre esta, ninguém melhor que Van Gogh (1883-1885) para falar: "E enquanto trabalho num quadro em que não se vêem claridades de uma lâmpada, à maneira de Dou ou de von Schendel, talvez não seja inútil observar que uma das coisas mais belas dos pintores de nosso século foi pintar a obscuridade, que apesar de tudo é cor. Tenho esperança de que a pintura destes comedores de batata dará certo. Fora isto, estou trabalhando também num pôr-do-sol vermelho. Para pintar a vida do camponês, é preciso ser mestre em tantos temas. Que ótima essa expressão sobre os personagens de Millet: 'Seu camponês parece ter sido pintado com a terra que semeia!' Como é correto e verdadeiro. E como é importante poder fazer em sua palheta essas cores que não sabemos chamar e que formam a base de tudo."

Neste momento, além da demonstração do poder da cor, total transmissora do belo, pode-se também fazer uma junção: a da terra como pigmento. Creio que isto, depois de permitir essa justaposição, pode também encantar nossa capacidade de sentir esses materiais, como fazia com Van Gogh (1888): "A pintura, no estado em que se encontra, promete tornar-se mais sutil - mais música e menos escultura -, enfim, promete a cor. Contanto que ela cumpra essa promessa." (51)

Se a memória nos traz os *Girassóis*, podemos saber, através dos sentimentos provocados por aquela imagem, o que nos quis dizer o poeta-pintor. Nele, encontramos a cor como base e resultado, e nesse caso todo psicologismo depositado será pouco para dar conta da proliferação de emoções e sentimentos.

Além de tudo, e sobretudo, terra e pigmento, ou pigmento-terra, só requerem a mão para criar, construir, demolir, transformar, moldar, fazer o objeto existir, enfim, sabendo que isto também os particulariza diante de nossos olhos. A particularidade dessas *matérias-primas* implica em que admitamos um pressuposto significado. Assim, prestando minha homenagem ao terapeuta ocupacional Rui Chamone Jorge (1980), transcrevo o que ele escreveu, também de forma poética, sobre a argila: "A argila é um material natural, muito maleável, cujas partículas deslizam umas sobre as outras, quando molhada. Quando seca, as partículas não se movem e a argila quebra com facilidade. No trato com a argila, o homem descobre, sem consciência de esforço, que

sua liberdade cresce à medida em que aumenta sua capacidade de dar a esse material pesado a leveza de seu pensamento." (52)

Para a argila e as tintas podemos, então, reconhecer qualidades intrinsecamente determinadas pela história do homem. Elas carregam em si um potencial tão diferente de qualquer outro tipo de material que me arrisco a falar da subjetividade do cultural e do psicológico. Talvez seja por isso que é mais fácil compreender como linguagem não verbal, hoje, aquilo que realmente foi a "linguagem escrita" ontem: o desenho, a pintura e a escultura. Por outro lado, esses três elementos, como os demais materiais usados em terapia ocupacional, podem e são significados, antes de tudo, pela psicodinâmica dos que os manipulam, assim como ocorre também com as atividades.

Sobre a outra confusão, a dos instrumentos utilizados para confeccionar objetos, diria que a eles também têm sido dadas qualificações subjetivas, aprioristicamente. Diz-se da tesoura, por exemplo, que tem características agressivas e potencial de destruição. Bobagem. Ela não foi feita pelo homem exatamente para cortar? Então, não é possível dizer que há algo dela que é, aprioristicamente, subjetivado, mas simplesmente qual é sua finalidade. Nem sempre cortar, recortar, retalhar e picar são atos destrutivos, podendo fazer parte do processo de construção. O corte do cordão umbilical é ato de vida e não de morte. Assim como recortar pode nos tornar capaz de reter a parte significativa de um todo dispensável. Dessa forma a tesoura nada mais é que um instrumento criado com a finalidade de cortar - qualquer coisa significativa que a ela se acrescentar tem a ver com o indivíduo que a utiliza.

Se não a terra-água-pigmento, nem pedra, nem madeira, enxada ou computador, contém aprioristicamente fixadas qualidades subjetivas que não possam ser trocadas, nas metáforas e significados infinitamente criadas pelo homem. É com a disposição de objeto-finalidade que, em princípio, qualquer instrumento é usado para realizar atividades em terapia ocupacional.

O que aí se acrescentará, sem dúvida, terá a ver com a relação terapêutica. Cai, então, por terra a velha discussão entre o usar e o não usar, este ou aquele tipo de atividade, material ou instrumental, para pacientes agressivos ou dóceis. Na terapia ocupacional a proposta é sempre de construção, mesmo sabendo que para isso também deve haver lugar para a desconstrução.

Os materiais são fundamentais para a terapia ocupacional. Portanto, é preciso que eles existam. O que é óbvio, aqui, na prática não é exatamente assim. Quase não existem materiais nas salas de terapia ocupacional no Brasil. Neste sentido, as terapeutas ocupacionais brasileiras são fadas-bruxas, mantendo magicamente seus pacientes fazendo atividades com quase nada. Uma supervisionanda, recentemente, contou-me que havia conseguido fazer a adaptação que tínhamos pensado para um paciente utilizando uma colher entortada e um cabo de telefone que pegou emprestado com seu irmão. Este não é um modelo médico; no máximo seria um modelo de telecomunicação. Aliás, em supervisão, pergunto primeiro sobre o material que a terapeuta conta para só depois avaliar o que dá para fazer.

É certo que podemos ser coroadas *as rainhas da sucata* mas apenas com isso não podemos ensinar ninguém a trabalhar. Obispo, aquele dos mantos bordados, das construções de arte trivial, foi um incrível sucateiro, mostrando para todos nós como é possível criar e desenvolver coisas belas utilizando-se apenas do lixo.

Mas não é só para isso que existe a terapia ocupacional. E digo mais: ela é uma atividade cara. Na Escola de Paris os alunos têm em cada andar um laboratório de atividades. No primeiro andar, usam material de sucata; no quinto e último, aprendem informática. O que mais chamou minha atenção na Alemanha foram as qualidades e quantidades de papéis à disposição dos alunos e pacientes.

Aqui no Brasil temos no máximo papéis de revistas, jornais e papel-jornal. Antes, havia também papel para embrulhar pães. Fazemos nossas próprias tintas com pó de pintor, catamos conchas na praia para fazer enfeites e, como me contou a supervisionanda citada acima, "quando o material é muito importante eu mesma compro, mas só quando é muito importante." Será que ela pensa que é pouco fazer isso?

Bem, "chega de brincadeira para espantar o nervoso", como dizia uma tia-avó. É certo que nenhum exercício da terapia ocupacional ocorre sem materiais. Não importa a linha teórica, metodológica ou técnica utilizada, sempre será preciso algum tipo de material, o que nos deixa em desvantagem, principalmente em Saúde Mental, frente a outros profissionais que não necessitam de materiais nas suas técnicas terapêuticas.

Esta diferença, sem dúvida, tem afetado e afeta a disposição de empregos para terapeutas ocupacionais. Por várias vezes fui procurada por diretores de hospitais gerais que pensavam contratar terapeutas ocupacionais para cuidar da saúde mental dos pacientes clínicos que tinham de permanecer em internações prolongadas. Entretanto, por sugestão dos departamentos financeiros, psicólogos é que foram contratados.

Minha primeira experiência em terapia ocupacional, aliás, foi o estágio que fiz com a Dra. Annelise Strauss, na sua enfermaria para crianças alérgicas no Hospital das Clínicas. Ela, de início, colocou restrições a certos tipos de materiais que podiam provocar alergia em algumas crianças. Mais tarde usamos todos os tipos de materiais, uma vez que percebemos que, naquela situação de terapia ocupacional, a alergia não aparecia. Nossa avaliação comum é que aquele foi um lindo trabalho. Ele nos mostrou como a análise prévia das atividades e dos materiais, que previa restrições, mostrou-se um instrumento muito parcial para a clínica.

Há restrições, todavia, tanto no uso de atividades quanto de materiais, mas elas são de outra ordem. Penso que cada terapeuta ocupacional, na prática, acaba por compor um arsenal instrumental muito particular. A ênfase dada a certos materiais a serem manipulados tem relação direta, em primeiro lugar, com cada profissional. Somos melhores em algumas coisas, piores em outras e impossíveis naquilo que acabamos por abandonar. Mais do que isso: em determinadas situações terapêuticas existe *algo* que nos faz usar mais alguns tipos de materiais do que outros, mesmo que não seja o nosso melhor. Parece que isto tem a ver com o tipo de relação que lá se instala. Da mesma forma como, dependendo do lugar ou tipo de instituição ou região geográfica, há grandes alterações nos tipos de materiais usados.

Os materiais existem. Eles podem e devem ser escolhidos atentamente pelas terapeutas ocupacionais preocupadas com seu próprio trabalho e com o trabalho do outro. Só assim a terapeuta estará em condições de escolher os melhores materiais para o desenvolvimento de seu trabalho.

A importância do processo de realização de atividades

Se nas atividades e nos materiais usados para sua fabricação ressaltar que as qualificações e significações são determinadas pelos indivíduos, imaginem então quanto ao processo de realização! Independentemente de teorias, métodos ou técnicas empregadas em terapia ocupacional, há uma qualidade do processo terapêutico que deve sempre ser ressaltada: a possibilidade de obtenção de informações durante a realização de atividades.

Diferentes teorias psicológicas tratam da estreita ligação, do entrelaçamento mesmo, entre informação e comunicação. Aqui, ao contrário, quero fazer uma certa desvinculação, tratando esses dois termos de forma particular, criando inclusive diferenciações entre eles.

Em *Esquizofrenia - Atualização em Diagnóstico e Tratamento*, escrevi (1993): "Sem alongar-me, tomo apenas as definições de dicionário para essas duas palavras, que quase sempre podem ser sinônimos. Tanto para *informação* quanto para *comunicação* existe por definição: o ato de... Entretanto, para informar basta um dado particular a ser transmitido, enquanto que no comunicar o sentido é amplo ou geral e implica sempre em reciprocidade." (53)

No dicionário de Aurélio Buarque de Holanda, no verbete *comunicação* está prevista "a utilização de meios necessários para realizar uma comunicação." (54) Um desses meios, sem dúvida, é a informação - notícia de diferença.

Muitas são as formas de terapia que se utilizam do produto de atividades para analisar, avaliar e intervir terapêuticamente. Para a terapia ocupacional, penso que o processo de realização deve ter importância equitativamente semelhante ao produto, para alcançar esses mesmos objetivos.

A realização de atividades é o campo de coleta de material para a construção de hipóteses, de previsão, de investigação enfim, que pontilham a direção do tratamento. No livro *Les Theories de l'Action*, Armand e Drancourt (1972) tratam da "informação" dentro do verbete *previsão* (55). Isto nos auxilia muito, pois toda passagem terapêutica contém, se não explicitamente, a previsibilidade implícita tanto de conteúdo quanto de tempo. A previsibilidade é indicativa de dois desejos, por parte do terapeuta e por parte do paciente, e é depositada na melhora, na cura, na alta, na saúde, enfim.

O caminho marcado pelos autores "da informação à previsão" importa principalmente, neste momento, à terapeuta ocupacional que pretende obter dados para que alguém, a princípio, faça alguma coisa. Por mais difícil que seja comunicar-se com um paciente, uma certeza se pode ter: existem determinadas experiências já conhecidas ou vividas e, conseqüentemente, suas respectivas representações mentais.

Se isto não pode ser diretamente transmitido ou comunicado, por outro lado sei que o processo de realização de atividades é uma eficaz fonte de informações do que já está representado. Através destas informações, podemos fazer previsões, tanto do tipo estatístico, já que pode tratar-se também de pesquisa, quanto do tipo intuitivo, onde fenômenos isolados podem ao longo do tempo ser comparados em seus significados.

Na terapia ocupacional, então, o processo e os procedimentos de realização de atividades constituem o campo de pesquisa, de investigação, de retenção e de agrupamento de informações que indicarão caminhos possíveis de serem trilhados tanto para a manutenção do indivíduo em atividades quanto para prever o estabelecimento da comunicação.

Do ponto-de-vista prático, é justamente durante o processo de realização de atividades que, com mais facilidade, estabelecem-se novos rumos para o fazer. É até muito comum que eu sugira o abandono ou troca de atividades ao perceber habilidades, dificuldades e interesses "por fazer outra coisa", através de procedimentos. Para mim, as informações obtidas dessa forma transformam-se na fonte provedora do caráter educacional da terapia ocupacional.

A importância do produto da realização de atividades

Em 1917 Marcel Duchamp envia para uma exposição em Nova York um urinol intitulado *Fontaine* e assinado *R.Mutt 1917*. Diante da atitude indignada do júri, do qual Duchamp fazia parte, ele comentou (Wetzel, 1990): "O que importa não é que R.Mutt tenha realizado esta fonte com suas mãos ou não, mas que ele a tenha escolhido. Ele tomou um elemento habitual de nossa existência e dispôs sua destinação dessa maneira." (56)

Pode parecer estranho que alguém que tanto enfatiza o uso das mãos e a confecção de atividades no tratamento terapêutico tenha escolhido justamente essa colocação de Duchamp para iniciar a descrição sobre o objeto construído em terapia ocupacional. Mas que produto seria melhor que este, saído da genial escolha de um objeto trivial, transformado pelo desejo em algo surpreendentemente novo?

Este exemplo não está aqui para desqualificar produtos feitos com as mãos e sim para mostrar qual o tratamento a ser dado a qualquer produto. Tenho enfatizado sempre a importância da estética e da técnica, e sobre isso tenho sido bastante exigente, principalmente com minhas alunas. Para elas, estes dois fatores são importantes subsídios instrumentais. Entretanto, o produto de um trabalho, seja ele qual for, é antes de tudo uma aquisição absolutamente particular daquele que assim se dispôs a proceder.

Valerine, paciente de Pankow (1984), não queria falar de modo algum. Pankow a encorajou a fazer modelagens e desenhos em casa, como preparação para as sessões. Mas Valerine não ousou fazer modelagens pois, segundo suas próprias palavras, "não sabia como representar qualquer coisa no espaço." (57) Por outro lado, Gilles, paciente de Bourdin (1988), sem dificuldade escolheu um desenho para fazer, dizendo: "Consigo fazer qualquer coisa que eu goste bastante." (58) Sergio, em *Trilhas Associativas*, quando comenta sua pintura da mulher-peixe, diz (1991): "Eu queria fazer uma mulher. Sei lá, diferente, como eu via. Queria que ficasse bonita." (59)

Quando falo de aquisição, estou me referindo exatamente ao resultado de um processo que, como demonstro nestes exemplos, se inicia justamente com o propósito de fazer. As expectativas, motivos e/ou desejos que levam à obtenção de um produto,

sem dúvida alguma, estarão contidos nele, depois de concluído. Então, os produtos de Duchamp, Valerine, Gilles e Sergio estão subjetivamente qualificados pelos seus construtores. Não há produto sem investimento e em primeiro lugar no mercado afetivo.

Mas isto é só o começo, mesmo para quem, com suas obras, nunca obtendo conforto, seja moral, econômico ou social, mantinha o investimento direcionado na troca. Van Gogh (1888) afirmou: "Quando vejo um quadro que me intriga, imediatamente sempre me pergunto: em que casa, quarto, canto de quarto, na casa de que pessoa isto ficaria bem, estaria em seu lugar?" (60)

Não há produto sem qualificação no mercado afetivo, econômico ou social. Tenho predileção por pensar que para todo produto os investimentos estão sempre comprometidos nesses três mercados. Mas, em se tratando de terapia ocupacional, é perfeitamente lícito que sejam feitos investimentos diferentes nesses mercados, ora aplicando num, ora noutro, dependendo, é claro, da infra-estrutura do investidor. Nós, terapeutas, não passamos de meros operadores.

Entretanto, somos nós que arcamos com a polêmica "utilidade" do produto em terapia ocupacional. Às vezes, o paciente por muito tempo não consegue fazer nada e logo ao final do primeiro produto já pensa poder entrar no mercado, do ponto-de-vista econômico. A família dele, por sua vez, vê esse mesmo primeiro produto com expressão, no mínimo, de desaponto, já que preferia que ele fosse engenheiro, médico ou tivesse outra profissão de sucesso. Ainda há os outros: os que reconhecem no produto a loucura; os que dizem que aquilo não é trabalho ou não dá trabalho; os que recusam; e os que benevolmente rotulam o trabalho como feio, bonitinho, esquisito, infantil, primitivo e assim por diante.

Neste momento somos solitárias e é por isso que muitas de nós esperam solidariedade. Nossa tarefa é, de início, promover aquisições. Só depois é que poderemos pensar na distribuição. Acumulando capital, falemos então da relação processo x produto.

A relação processo x produto

Pode não parecer, mas nos dois tópicos anteriores estive também falando sobre a terapeuta ocupacional e seu paciente. Não sei, inclusive, se deixei de fazer isso em qualquer momento anterior. Agora, entretanto, apesar de meu propósito da divisão didática nesta tese, isto fica impossível.

Ressaltei que, no processo de realização de atividades, é decisiva a importância da coleta de informações e do produto como aquisição. Porém, sabemos que a maior parte dos doentes mentais, fazendo ou não atividades, tem estabelecido quase sempre um problema de ligação entre, dizendo de uma forma simplificada, o que pensa e o que faz. Algumas frases de seus familiares ilustram bem o que quero dizer: "Ele pensa que é Deus e que está salvando o mundo."; "Todas as manhãs ela diz que já planejou o que vai fazer e não sai da cama."; "Explicar, ela explica tudo, mas não faz nada."

Em terapia ocupacional, temos uma proposta para instituir uma ligação entre o pensar e o fazer, sendo que ela deve se desenvolver na relação a ser estabelecida entre as informações e as aquisições.

Na maior parte dos procedimentos terapêuticos em Saúde Mental, tecnicamente falando, a audição é o principal sentido a ser apurado. Os psicoterapeutas que também se utilizam de atividades artísticas têm como pressuposto a narrativa do conteúdo dessas atividades para a análise do discurso. Em consequência, precisam ter uma apurada capacidade auditiva, sendo o olhar o sentido auxiliar.

Na terapia ocupacional, as informações e aquisições são coletadas e observadas através dos procedimentos do paciente. Neste caso, onde a referência objetiva é tudo aquilo que pode ser mostrado, a audição transforma-se em auxiliar do olhar. Para isso é necessário um treinamento intensivo. É corriqueiro captar dados e informações através da fala e da audição. Um pouco mais difícil é captar, através do olhar, a verdade contida por trás da cortina do silêncio.

Quem me mostrou isso foi Mathilde Neder, professora de Psicologia, ainda na Faculdade. No primeiro dia de aula ela entrou sem dizer nada, andou pela sala, deu voltas, pegou materiais, escreveu na lousa. Depois começou a falar, até meio bobamente, à toa, continuando sempre a "fazer coisas". Depois de algum tempo mandou que tomássemos papel e caneta para descrever tudo o que ela havia feito até aquele momento. É claro que a maior parte dos alunos escreveu sobre o que ela havia falado ou escrito na lousa, e não sobre o que ela havia feito. Em mim, ficou para sempre marcada a diferença entre o olhar e a audição, com o agravante de que, neste caso, falar era apenas uma parte do fazer.

De lá para cá foi percorrido um longo e difícil caminho, onde foi estabelecida a prioridade de memorizar informações do que e do como se fez, cuidando ao mesmo tempo do que se disse através de anotações. Se antes afirmei que as atividades é que delimitavam-me como terapeuta ocupacional, acrescento agora que formalmente isto é verdade, mas subjetivamente é o desenvolvimento de um olhar prescrutador que tornou as atividades capazes de instrumentalizar-me como tal.

É esse olhar que vai em busca das informações contidas nos procedimentos da realização de atividades. Essas informações, quando retidas, tornam-se referências para associação com as ocorrências atuais, tornando possível, tanto durante o processo quanto na apresentação do produto das atividades, manter uma caminhada, fazer desvios, prever resultados.

O olhar da terapeuta ocupacional é o instrumento que torna possível a construção de elos entre um fazer e outro; entre o mesmo jeito e um novo jeito de fazer; entre as possibilidades e as habilidades; entre o começo, o meio e o fim; e sempre, em todos os casos, através de um processo de análise contextual.

Muito se terá que falar do olhar da terapeuta ocupacional. Agora ele se volta para a Arte e a Criatividade como temas que impregnam a Terapia Ocupacional.

Atividades x artes x criatividade

Por tradição e uso, Arte e Criatividade têm relação estreita com a Terapia Ocupacional. Os múltiplos e diversificados estudos sobre esta relação fazem uma aproximação entre elas. Muitos chegam a criar, através de superposições, muitas confusões. Há os que buscam as diferenças, que chegam a limites contestáveis da não existência de nenhuma relação entre esses temas.

Meu interesse pessoal e profissional, muito voltado para esses três objetos, permite afirmar que a impossibilidade de realizar uma desvinculação não é de forma alguma determinante de indiferenciações e de superposições. Esta matéria precisa ser tratada em profundidade. Aqui, será apenas desenhada de tal forma a dar contorno ao objetivo primeiro, que é o estudo da terapia ocupacional.

Estando definidas as atividades, talvez fosse mais lógico iniciar este tópico com a definição de Arte. Mas prefiro passar a palavra aos artistas, deixando com eles a tarefa de definir seu objeto.

O pintor francês Olivier Debré (1993) afirma: "Aos meus olhos, o interesse da arte é nos conduzir diretamente a uma compreensão de nós mesmos e do mundo, por caminhos diferentes dos da linguagem. E o fato de estar a falar parece-me um sacrilégio, é quase um sinal do fracasso da arte. Uma obra bem sucedida deveria ser suficientemente satisfatória para estes que frequentemente não têm nada a dizer.(...) Se a arte nos faz entrar em contato com a realidade por outros canais que não os das palavras e da lógica, de certa forma como a religião e a paixão, então há em toda arte uma espécie de misticismo profundo, mas que não é como aquele dos devotos e das tradições espirituais e sim uma outra relação com a realidade do mundo." (61)

Por sua vez, o compositor francês Philippe Haim (1993) diz o seguinte: "Eu gostaria então de lhes falar das idéias em música. O compositor tem idéias. Ele pensa uma obra musical. Ele pensa em música. Mas ao mesmo tempo em que ele escreve sua obra, ele musicaliza seu pensamento. Existe uma dupla relação, muito fecunda e terrivelmente perigosa, entre as idéias e as matérias sonoras que serão encarnadas na partitura... Os compositores afirmam que uma de suas idéias é musical e daí pensam um projeto composicional. Outros, ao contrário, reconhecem estar investidos de uma imagem, de um texto ou de outra coisa, que pode ser um sonho, e procuram traduzir as sensações que experimentam criando um mundo musical correspondente. Aí também não há regras, não há bom senso. Existem tantas direções quanto experiências." (62)

Outro aspecto é ressaltado pelo pintor e físico Jacques Mandelbrojt (1993): "O confronto entre a arte e a ciência põe em evidência numerosas semelhanças quanto aos procedimentos. Os conceitos inventados para descrever a ciência permitem descrever os aspectos também fundamentais da tentativa artística na luta com o material. Luta que existe constantemente nos propósitos dos artistas e que podem acreditar ser específica da arte. A arte é mais direta que a ciência, sendo, desse ponto-de-vista, uma metáfora transparente." (63)

Mark Brusse (1993), escultor holandês, destaca a importância do inconsciente: "Quando trabalho, lembro-me de não saber o que estou prestes a fazer. Eu sabia antes

de começar a trabalhar. Depois, no curso do caminho, tudo é cortado, o trabalho se desenvolve por si próprio, toma uma direção diferente daquela que estava prevista. Eu não sei por que, talvez por razões inconscientes." (64)

O fotógrafo François Hers (1993) afirma: "A obra de arte sempre teve para as sociedades a evidente simplicidade de um dom que ultrapassa tanto aquele que dá como aquele que recebe. Por mais longe que remontemos no tempo, nenhum saber particular foi necessário para reconhecer esta evidência." (65)

As palavras seguintes são da dançarina e coreógrafa Karine Soporta (1993): "Na dança, como nas outras artes, coloca-se a questão de saber como dar uma forma externa a um saber interno. Disso decorre a necessidade imperiosa de questionar as leis e os princípios do mundo." (66)

Falando da arte que melhor lhe convém, Yves Simon (1993) faz a seguinte imagem analógica do lugar do romancista: "Tudo se passa como se quiséssemos descrever um pássaro à noite, quando seu comportamento se modifica cada vez que o iluminamos para observá-lo." (67)

Todos estes artistas participaram do *4^{eme} Forum Le Monde Le Mans* de 1993, cujo tema foi "A Arte é um Conhecimento?" Traduzi-los já foi um prazer. Maior seria se o objetivo aqui fosse comentá-los ou colocá-los em debate ao lado de tantos outros. As citações acima foram incluídas para justificar por que não definir Arte. Ela é um mundo que perpassa todo esse nosso grande e velho mundo. No todo, ela na verdade é tão grande que não pode caber na terapia ocupacional ou em qualquer outro tipo de terapia que a queira aprisionar. Minha amiga Michelle Kats, uma pintora que por algum tempo tentou usar todo seu gênio em arte-terapia, disse-me em 1983, ao abandonar essa atividade: "Jô, não há Arte onde existe transferência. Ela (a transferência) aprisiona, tolhe, corta a Arte. Em terapia se faz terapia. Arte é outra coisa." (68) Em resumo, como terapeuta ocupacional, jamais me atreverei a definir o que é Arte.

Green (1993) admite que "todo artista é um artesão." (69) Para se ter Arte, é preciso antes que existam atividades, no sentido proposto por Green. A recíproca, no entanto, não é verdadeira. Do ponto-de-vista formal, então, tenho me utilizado de tradicional divisão em terapia ocupacional: atividades expressivas e estruturadas para tudo aquilo que se utiliza dos procedimentos da arte, e técnicas específicas para desenvolver cada uma delas. É sob esta ótica que se processam as divisões *clássicas*: música, literatura, pintura, escultura, dança e assemelhados, de um lado; e marcenaria, eletrônica, costura e similares de outro. Esta classificação, entretanto, tem se tornado cada vez mais artificial neste mundo que caminha celeremente para transformar em Arte o artesanato e a culinária, assim como o bordado.

Ao mesmo tempo, sempre afirmei que toda atividade pode ser expressiva e até mesmo ser uma forma de comunicação. Como explicar, então, esse paradoxo? De fato, todas as atividades podem veicular com criatividade uma forma particular de comunicação que, dentro do setting terapêutico, sem dúvida não poderá ser qualificada de Arte.

Por outro lado, quando Ana Mae Barbosa (1991) trata do ensino da Arte, quase deita por terra todo o meu cuidado com uma classificação formal: "Arte não é apenas básico, mas fundamental na educação de um país que se desenvolve. Arte não é enfeite. Arte é cognição, é profissão, é uma forma diferente da palavra para interpretar

o mundo, a realidade, o imaginário, e é conteúdo. Como conteúdo, a arte representa o melhor trabalho do ser humano. Arte é qualidade e exercita nossa habilidade de julgar e de formular significados que excedem nossa capacidade de dizer em palavras. E o limite de nossa consciência excede o limite das palavras!" (70) Esta Arte se aproxima muito do que chamamos de atividades expressivas, no sentido do que, psicopedagogicamente, ensinamos na terapia ocupacional.

Participando de debates e mesas-redondas sobre esta questão, Ana Mae e eu temos nos utilizado do termo *atividades artísticas* quando se trata do ensino da Arte em terapia ocupacional e arte-educação. Este acordo tem nos permitido deixar em aberto a questão de ser ou não Arte o produto dessas atividades. Para a terapia ocupacional, então, poderíamos manter, a título didático, a classificação de atividades artísticas e estruturadas. É claro que, expondo a questão desta forma, não tenho a intenção de paralisar nada. Ao contrário, espero que ela seja sujeito de fascinação e investigação, como é para mim.

A própria discussão *em aberto* desta questão nos remete a outros assuntos tão deleitantes quanto estes: o da insanidade na arte e a arte do insano. Para compreendê-los, entretanto, é preciso recuperar alguns dados e fatos da História da Arte.

O museu, a tela e a assinatura são instituições ou convenções relativamente recentes na História da Arte, de acordo com Craven (1952) e estão diretamente ligadas à pretensão dos artistas plásticos de passar a ter um nível de reconhecimento igual, se não superior, àquele dos cientistas e literatos. Desde o século XV a pintura passou a ser decretada como *coisa mental*, assim proclamada por Leonardo da Vinci, que ressaltava o valor do desenho, sem dúvida para demarcar definitivamente a diferença entre o objeto de corporação e as pinturas. Para Leonardo, o ato de desenhar não é só uma ciência (lembram seus estudos sobre o corpo humano?), é também, de certa forma, uma função divina.

No século XVI, uma "Academia del Disegno" foi constituída na Itália sob o modelo das academias de escritores, suscitando e estabelecendo glossários, doutrinas e autopropaganda da pintura. Recordamos Albert Dürer e todo seu empenho nessa tarefa. Sem dúvida, os artistas plásticos foram os primeiros responsáveis pelo mito do gênio, do divino criador, mito esse do qual, de certa forma, são prisioneiros até hoje. Naquele momento, como função divina, ainda era possível manter a coexistência entre a loucura e a criação artística.

O primeiro rompimento se deu no século XVIII, quando o olhar médico, pode-se dizer, definiu a loucura como uma doença mental. Os primeiros psiquiatras que fixaram o olhar na produção de seus pacientes optaram por examinar o trabalho artístico essencialmente pelo valor sintomatológico que eles próprios lhe atribuíam. Depois, acabaram por organizar uma espécie de *tabela psicopatológica* que resultou numa outra tabela, a *diagnóstica*, correlacionando e fixando certas características de estilo e diferentes formas de demência: ausência de perspectiva, preponderância de tendências lúdicas, formas que se espalham de maneira extensiva, não observação de regras estéticas, preenchimento ornamental do fundo, utilização de elementos da escrita, desproporções anatômicas, tendências à geometria e à esquematização. Ou seja, tudo aquilo que fugia das normas da academia era interpretado como sintoma, como sinal de doença. Mesmo depois de Matisse, Manet, Picasso, Kandinsky, Klee e

outros, na 5ª *Documenta de Kassel* as obras de Wölflí e Müller foram apresentadas em sessão isolada. Os *psicopatólogos da expressão*, por outro lado, até hoje mantêm espaços para a denominada *arte do esquizofrênico*.

Quando Jean-Paul Sartre analisa ou critica *Notre Dame de Fleurs*, de Jean Genet, denomina o momento da realização dessa obra como *época da masturbação*. Segundo Thévoz (s/data): "Genet está preso. As palavras que compõem esse livro são aquelas de um detento sufocado, sua agilidade é a de uma pedra pesada que submerge verticalmente no seu sonho, que nasceu do próprio sonho e que são palavras do seu sonho, sonho de palavras." Sartre viu esta obra como uma atividade extensiva do próprio corpo do prisioneiro. Na prisão existe uma idéia de lei, uma pena a ser paga, um contrato social definido, mesmo que esteja prevista a morte ou a prisão perpétua, enquanto os *esquizofrênicos* dos psicopatólogos da expressão estavam todos internados em asilos. Nesse tipo de hospitalização, vive-se à margem da realidade, mais em função dela mesma do que pela doença mental propriamente dita. No asilo há a destituição de toda possibilidade de intervenção ativa ou significativa sobre a realidade.

Para mim, antes de tudo, a *arte do esquizofrênico* é uma arte estereotipada e seu conteúdo decorativo obsessivo é desencadeado pela impossibilidade do sonho e da fantasia nesse tipo de internamento "ilegal" que, sem dúvida, é apenas provocador de fantasmas persecutórios, filhos da absoluta solidão sem perspectivas.

Em 1921, Lou-Andreas Salomé envia a Freud a monografia de Adolf Wölflí feita por Morgenthaler. Após recomendar calorosamente a obra, ela reivindica de Freud uma resposta, que vem apenas na forma de um lacônico "obrigado". Sobre este episódio, Michel Thévoz escreveu: "Em resumo, o pouco que se pode dizer é que, ao contrário de suas expressões verbais, a expressão plástica dos doentes mentais deixou Freud sem palavras." Em *A Criação Literária e o Sonho Acordado*, Freud, citado por Thévoz, afirma: "O criador da arte atenua o caráter repugnante dos sonhos diurnos egoístas por meio de mudanças e deformações, e eles nos seduzem pelo benefício do prazer puramente formal, isto é, pelo benefício do prazer estético que eles nos oferecem na representação de seus fantasmas."

Do meu ponto-de-vista, tanto a psicopatologia da expressão quanto certas arteterapias e outras avaliações psicológicas têm veiculado, de certa forma, o contraponto dessa afirmativa, que poderia ser assim descrita: a arte dos doentes mentais apresenta repugnantemente o sonho diurno egoísta, sem mudanças ou deformações através da projeção de seus fantasmas.

Em 1945, Jean Dubuffet compõe a *Arte Bruta* com produções artísticas de todas as espécies, apresentando um caráter espontâneo e fortemente inventivo. Com isso, abre um espaço que será ocupado por autores estranhos ao meio artístico profissional. Ele não reconhece como particular a arte do doente mental. Do acordo com a *Arte Bruta*, a loucura não se deixa afetar por um caráter mórbido; ao contrário, ela aparece quase sempre como exaltação, muitas vezes fecunda, no plano da expressão de recursos psíquicos que existem de maneira latente em todos os homens. Esta afirmativa nos permite considerar que todos os homens podem fazer arte, sendo ou não artistas, estejam ou não internados, presos ou em liberdade. Por outro lado, ela prediz que essas condições estarão influenciando as formas, uma vez que a arte se

origina de recursos psíquicos sobre os quais o mundo interno e a realidade externa mantêm uma determinação constante.

Podemos, então, nos contrapor aos *psicopatólogos da expressão* quando afirmam que não há mais "expressão espontânea" dos doentes mentais, uma vez que desde 1950 a quimioterapia e a terapia ocupacional acabaram por estabelecer uma reciclagem homeopática de atividades. Será, então, que era mais espontânea a arte dos loucos internados indefinidamente? Que sentido estranho tem esse *espontâneo* sem liberdade!!! Como diz Jean Dubuffet (1945): "Não há mais arte nos loucos do que nos dispépticos ou nos doentes do joelho." (71) Se de fato é assim, poderia dizer apenas que o homem faz Arte. E isto, felizmente, nos abre outras portas.

Durante o processo judicial sofrido por Flaubert, ele chocou o júri ao afirmar: "Madame Bovary c'est moi." De Alexandre Dumas, Filho, conta-se que saiu certa vez chorando de seu gabinete gritando e criando: "J'ai tue mon Porthos, j'ai tue mon Porthos." Ana Segal diz que é na zona arcaica que se dá o debate entre a solução delirante e a solução criativa. Para mim, a porta que teimo em manter aberta vem da pertinência do debate proposto por Ana Segal, apesar de reconhecer que esta porta ainda se encontra em local desconhecido. Se o local de origem da criação e do delírio é o mesmo, e se pouco podemos confirmar de seu caráter, por que então concluir que uma arte vem da criação e a outra do delírio? Alguns podem afirmar que Flaubert e Dumas estavam delirando. Penso que não, apesar de, por causa daquelas frases, ambos terem sido chamados de loucos.

Rotulados de loucos foram, na verdade, Vincent Van Gogh (1885) e Antonin Artaud. O primeiro escreveu o seguinte, em carta a seu irmão, Theo: "Dizem que na pintura não se deve procurar nada, nem nada esperar além de um bom quadro e uma boa conversa e um bom jantar como felicidade máxima, sem contar os incidentes brilhantes. Talvez seja verdade, e por que recusar-se a aceitar o possível, sobretudo se assim o fazemos para enganar a doença?" (72)

Mas é nas palavras de Artaud que encontramos a exposição máxima. Assim como Van Gogh, ele é um homem de arte e de delírio (Arantes, 1988):

"Como alguém que dorme e cambaleia, perdido
nas trevas de um sonho mais atroz
que a própria morte,
hesita antes de abrir os olhos
pois sabe que aceitar viver
é renunciar a desesperar-se.
Assim, com uma alma marcada
pelas taras que me valeram a vida
eu relanço para o deus que me fez
essa alma como um incêndio
que o cure de criar." (73)

É bastante difícil separar a Arte e a Criatividade. Antes, os artistas recorreram sobre seus processos criativos, expondo a si próprios e a seus pontos de vista sem a preocupação de tentar explicar ou compreender.

Tenho certa inclinação a pensar que já foram escritas palavras demais sobre a arte, mas a intelectualização e a conseqüente investigação da criatividade, queiramos

ou não, são alimentos naturais para o desenvolvimento da psique. Vamos então às palavras de Green (1993) "O objeto de arte é, antes de tudo, em sua origem, desde as primeiras manifestações pelas quais virá à luz, um objeto alucinado na tentativa para fazer-tudo para preencher o buraco na psique deixado pelo objeto perdido que se tenta desesperadamente reencontrar. É então, segundo a fórmula winnicottiana, *encontrado-criado*. Encontrado porque já estava aí de certa forma; criado porque esse achado, na forma que se dá esse reencontro, ignora que seu objeto já era e foi fundado na inexistência do esquecido. Esta hipótese não é nem criacionista nem platônica (pela invocação de reminiscências). Ela está apoiada sobre o recalque originário que nos impulsiona a procurar, a explorar, a criar, graças à busca de sentido que o acompanha. Este recalque não pode ser resolvido e nós ficamos reduzidos a recomeçar nossa exploração indefinidamente. Já sabemos: o objeto não é o que foi perdido nem o que foi reencontrado, é a própria busca. Uma busca que não é saber nem meditação, sendo as duas coisas ao mesmo tempo. A dificuldade que encontramos de delimitar seu processo nos obriga a nos contentar a denominá-lo conhecimento." (74) Tendo como pano de fundo a teoria do recalque, numa postura de abrir espaços, não pretendendo *compreender* e/ou *classificar* tanto a criatividade quanto a criação, Green responde ao artista com uma proposta investigatória do que é nossa exploração infinita.

Baseando-se também em Winnicott, Anzieu (1981) diferencia criatividade de criação: "A criatividade se define como um conglomerado de predisposições do caráter e do espírito que se pode cultivar e que se encontra em todos. A criação, ao contrário, é a inversão e a composição de uma obra de arte ou ciência, respondendo a dois critérios: o aporte do novo (isto é, a produção de qualquer coisa que nunca tenha sido feita) e seu valor, a ser reconhecido cedo ou tarde pelo público. Assim definida, a criação é rara. A maior parte dos indivíduos não é criadora, jamais, como diz de Proust de Bergotte". (75)

Este critério tão didático poderia, e talvez até deveria, ser utilizado por mim para explicar a criatividade de meus pacientes e a não classificação de sua criação como arte. Como postura intelectual, entretanto, esta idéia me é incompatível, principalmente porque fecharia para sempre a porta da criação (usando o termo de Anzieu) não só para os doentes mentais mas para qualquer indivíduo que, não se sabe quando nem porque, ou como, em algum momento de sua vida tornou-se criador e até artista.

Para continuar caminhando é preciso que se busque a referência básica dessas duas colocações através de uma citação mais longa de Winnicott (1990): "É interessante tomar o trabalho do artista e procurar descrevê-lo nos termos propostos neste capítulo. Neste sentido, é possível dizer que existem dois tipos de artistas. Um deles trabalha primeiramente a partir do falso *self*, aquele que, com extrema facilidade, produz uma representação exata de uma amostra da realidade externa. O artista utiliza essa habilidade, e em seguida ocorre a tentativa do verdadeiro *self* no interior do artista de relacionar esta primeira impressão exata aos fenômenos brutos que constituem a vivacidade dentro do verdadeiro *self* secreto. Se for bem-sucedido, o artista não apenas produziu algo reconhecível por outros, mas também algo que é característico do seu verdadeiro *self*; o produto final tem valor porque podemos apreciar a luta que se travou dentro do artista para aproximar elementos originalmente tão separados. Quando um artista se notabiliza especialmente por sua habilidade técnica, utilizamos o termo

facilidade e falamos de um *virtuose*. Em contraste com isso, há um outro tipo de artista que inicia o seu trabalho com a representação bruta dos fenômenos secretos do *self* ou da vivacidade pessoal, que para ele é repleta de significados, mas que num primeiro momento não tem sentido para os outros. A tarefa do artista neste caso é a de tornar inteligíveis as suas representações inteiramente pessoais, e para fazê-lo ele deve até certo ponto trair a si próprio. Suas criações artísticas lhe parecerão sempre um tanto fracassadas, independentemente do quanto elas sejam apreciadas pelo seu círculo social; na verdade, se elas forem apreciadas em excesso, o artista poderá retrair-se inteiramente, pela sensação de ter sido falso para com seu verdadeiro *self*. Aqui, novamente, o maior êxito do artista é seu trabalho de integração dos dois *selves*. O artista do primeiro tipo é apreciado por pessoas que precisam entrar em contato com seus impulsos mais primitivos, enquanto o do segundo tipo é apreciado por pessoas retraídas, aliviadas por encontrar algum (não demasiado) compartilhamento daquilo que é basicamente pessoal e essencialmente secreto."

Pode-se perceber, então, que aquilo que é denominado de *objeto de arte* para Green, em Winnicott refere-se ao trabalho de um dos tipos de artista. Por outro lado, Anzieu classifica de *criação* e *criatividade* o que em Winnicott é o trabalho do artista com o verdadeiro, o falso e sendo que acrescenta ainda com os dois *selves*. A continuidade da proposição de Winnicott torna-se fundamental para nosso propósito: "Existe ou não uma criatividade primária? Dito de outro modo: o ser humano é capaz apenas de projetar aquilo que foi anteriormente introjetado, ou, em outras palavras, de excretar o que foi ingerido? Qual a resposta para o problema da criatividade? Na primeira mamada teórica, por exemplo, o bebê tem ou não alguma contribuição a fazer? Ao menos enquanto não viermos a saber mais, devo presumir que existe uma criatividade potencial, e que na primeira mamada teórica o bebê tem sim uma contribuição pessoal a fazer. Se a mãe se adapta suficientemente bem, o bebê conclui que o mamilo e o leite são os resultados de um gesto produzido pela necessidade ou são consequências de uma idéia que veio montada na crista de uma onda de tensão instintiva. Em minha opinião, estas questões são de importância prática muito grande para os psiquiatras e também para os pediatras em seu trabalho clínico.

Se existe um verdadeiro potencial criativo, podemos esperar encontrá-lo em conjunto com a projeção de detalhes introjetados em todos os esforços produtivos, e devemos reconhecer a criatividade potencial não tanto pela originalidade de sua produção, mas pela sensação individual de realidade da experiência e do objeto. O mundo é criado de novo por cada ser humano, que começa o seu trabalho no mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento e da primeira mamada teórica. Aquilo que o bebê cria depende em grande parte daquilo que é apresentado no momento da criatividade, pela mãe que se adapta ativamente às necessidades do bebê. Mas se a criatividade do bebê está ausente, os detalhes apresentados pela mãe não terão sentido. Sabemos que o mundo estava lá antes do bebê, mas o bebê não sabe disso, e no início tem a ilusão de que o que ele encontra foi por ele criado. Esse estado de coisas, no entanto, só ocorre quando a mãe age de maneira suficientemente boa. O problema da criatividade primária foi discutido como pertencendo à mais tenra infância; mas para sermos precisos, trata-se de um problema que jamais deixa de ter sentido enquanto o indivíduo estiver vivo. Gradualmente, surge uma compreensão intelectual

do fato de que a existência do mundo é anterior à do indivíduo, mas o sentimento de que o mundo foi criado pessoalmente não desaparece. Costumo enfatizar com muita intensidade esta parte do estudo da natureza humana. Diversas questões que à primeira vista não parecem ter relação alguma entre si acabam por revelar-se ligadas uma à outra exatamente neste ponto. Enumerando, a saber:

1. A questão prática do manejo do bebê pela mãe nas primeiras horas e dias após o nascimento (pediatria).
2. A relação entre o relacionamento corporal excitado e o relacionamento tranquilo, em geral, incluindo os problemas que se referem ao casamento.
3. O problema filosófico do significado da palavra *real*.
4. A reivindicação da religião e da arte, considerando a ilusão como algo valioso por direito próprio.
5. Os sentimentos de irrealidade das pessoas esquizóides e dos doentes esquizofrênicos.
6. A alegação do psicótico de que o que não é real é real, e a da criança anti-social, de que o que não é verdadeiro é verdadeiro e de que a dependência (que é um fato) não é um fato.
7. A cisão essencial na esquizofrenia, cuja profilaxia se daria por um manejo adequado nas etapas mais primitivas do desenvolvimento emocional infantil, ou seja, pela adaptação sensível à necessidade.
8. O conceito de criatividade primária e de originalidade absoluta, em contraposição ao da projeção de objetos e fenômenos previamente introjetados (digeridos e reprocessados)." (76)

Assim Winnicott nos serve da sua excelente culinária diferentes acepipes para degustação e, sobretudo, nos apresenta um cardápio com indicações preciosas para criações culinárias. Para completar esta metáfora, diria que a escola de Winnicott é uma exigente escola de modéstia e de verdade, assim como a cozinha, é um lugar de alquimias secretas.

Winnicott não é só um criador, mas nos encaminha à criação ao impôr a criatividade à condição humana. Este é o sentido mais importante que a Terapia Ocupacional pode usufruir tanto para a investigação de si própria, como no investimento na provocação de espaços de criação para os que, sem isso, apenas preservam o ser que não são.

O olhar que quero deixar deitado sobre a Arte e a Criatividade está recém-nascido nas minhas primeiras leituras de Wittgenstein. Por não me considerar preparada para introduzi-lo diretamente nesta tese, trago-o através do texto abalizado de Chauviré (1989): "Para Wittgenstein não existe nenhum caso prototípico para a compreensão, nenhum sentido privilegiado da palavra *compreender*. Se usamos esta palavra em certo número de casos muito diferentes é porque decidimos assim."

Ainda em Wittgenstein, citado por Chauviré: "Não poderíamos descrever a expressão cheia de sentimento em música pelos graus de força e de *tempo*. Assim como não poderíamos descrever uma expressão plena de sentimento num rosto por medidas no espaço. Tampouco é possível explicá-la por meio de um paradigma, pois o mesmo trecho pode ser executado, com uma expressão justa, de um número incalculável de maneiras diferentes." Chauviré continua: "Essa dissociação entre a

correção e o padrão tem o imenso mérito de fazer justiça à liberdade, à personalização e à unicidade de cada execução de um trecho musical. Permite compreender que se possa falar de criatividade a propósito de uma interpretação que 'recria' a obra a cada vez; executar bem uma sonata não é imitar um modelo, conformar-se a um padrão; o andamento, por exemplo, pode variar de uma interpretação para outra, mantendo-se 'justo', pois a temporalidade da música não é a do relógio, ou do metrônomo. E é precisamente essa margem de liberdade que tem o intérprete que expõe sua execução e a sua apreciação estética, a qual, julgava Wittgenstein, avalia essencialmente a justeza do desempenho ou a correção do trabalho do artista. Nada em comum, portanto, com o 'julgamento de gosto' dos filósofos formulado com o auxílio de predicados como 'belo', 'sublime', etc., cuja vacuidade Wittgenstein denunciou vigorosamente. Essa perspectiva tem o mérito de valorizar a infinita potencialidade de uma obra de arte e o caráter imprevisível das interpretações a que dá lugar (especialmente em música). É lamentável que Wittgenstein não tenha desenvolvido mais esse embrião de teoria estética, que faz da obra de arte menos uma produção que uma entidade autônoma, que escapa indefinidamente às interpretações que engendra e conserva o poder de sempre nos surpreender." (77)

Os temas que apresentei sobre as atividades foram escolhidos através de sua constante aparição na literatura de Terapia Ocupacional e pelo grau de importância que dou a eles. É claro que o estudo desse instrumento não se esgota aqui e de maneira meio abrupta corto-o agora para apresentar-lhes a terapeuta ocupacional, sabendo que muito ainda será escrito sobre as atividades.

A TERAPEUTA OCUPACIONAL

A escolha profissional

Este será, sem dúvida, um dos capítulos mais difíceis de desenvolver. O envolvimento afetivo-emocional é pra valer, em dois sentidos. O primeiro é o que atrapalha. Quem me conhece sabe: se há uma coisa que não podem se queixar de mim é justamente de minha dedicação profissional. O segundo sentido é o que ajuda, e muito, minha dedicação profissional.

Por isso, acabo com vontade de ficar aqui sozinha, contando histórias e desopilando o fígado com piadas. Piadas hoje. Ontem elas foram situações que provocaram constrangimento e sofrimento. Não era fácil ser terapeuta ocupacional nos idos de 1970. As dificuldades começavam na faculdade, um apêndice da de Medicina, na avenida Dr. Arnaldo. Deixo para o imaginário de cada um meu apelido de caloura, "Gioconda, a intocável", que no fim do curso passou a ser "Mestre", um dos sete anos. Depois, vieram as primeiras buscas de trabalho e era comum ouvir algo parecido com: "Se temos que ter alguém aqui para enfeitar, aquela é a mais bonita." Havia muita

brincadeira com nossas atividades intelectuais, pois, afinal, terapeuta ocupacional faz tricô e crochê. Então, por que ler ou estudar? Tinha-se que ir muito célere em busca de maturidade para passar por isso sem se deixar abater ou desistir, como fizeram muitas colegas.

Essa imaturidade tinha muitos vértices. O mais importante deles se relacionava à questão da mulher-profissional, numa profissão ainda pouco reconhecida ou estranhamente reconhecida tanto para os que a praticam como para outros profissionais. Aliás, diga-se de passagem, até mesmo para seus possíveis "consumidores".

Medeiros (1989), de forma muito franca, faz a seguinte colocação em sua tese de mestrado: "Ao ingressar no Curso de Terapia Ocupacional da USP, em 1969, mal sabia o que era a profissão. Aliás, das poucas informações que tinha a respeito dela, pouco ou quase nada me atraía. Pelo contrário, havia coisas que absolutamente detestava como, por exemplo, ter que saber fazer trabalhos manuais e ter que lidar com pessoas acamadas e dar-lhes suporte para sua higiene, alimentação etc. Isso me parecia ser babá de gente doente e ser professora de trabalhos manuais, situações contra as quais sempre protestei enquanto menina e adolescente. Sempre achei essas tarefas de menor importância e sem vida, sem aventura. Lembrava-me das imposições de minha mãe para que eu aprendesse a bordar, tricotar, fosse no período escolar ou de férias." (78) Como professora, nunca estive ligada a uma faculdade de Terapia Ocupacional, não tenho dados para dizer como é feita a escolha profissional de minhas colegas. Procurei em artigos, em teses, de brasileiras ou não, depoimentos menos pessoais sobre esta questão.

Resta-me, agora, "plagiar" Medeiros e tratar pessoalmente da questão. Foram exatamente as características da profissão que ela critica que fizeram-me deixar outra faculdade e optar pela de Terapia Ocupacional. Fui em busca do que gostava. Medeiros parece-me que elaborou o seu problema buscando na própria Terapia Ocupacional um caminho mais condizente com suas expectativas profissionais, sendo hoje uma instigante mestra e pesquisadora da sua profissão.

Como professora em cursos de especialização no Centro de Estudos em Terapia Ocupacional-C.E.T.O e no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina-E.P.M., e agora também de pós-graduação nesta última, observo que muitas alunas não fizeram, na verdade, uma escolha profissional. Formaram-se terapeutas ocupacionais com o fantasma da terceira ou última opção, de acordo com o número de pontos do vestibular. O que nos deixa cara-a-cara, para debate, com a questão da vocação profissional. Antecipo, porém, minha opinião: se por um lado creio ser necessária a vocação para o exercício de qualquer profissão, por outro coloco como modelo de solução o ocorrido com Medeiros.

Vejo-me tomando tal postura, fundamentalmente, em função da realidade terrível do nosso país, onde em 1993 haviam cerca de 150.000 candidatos para menos de 9.000 vagas no vestibular da Fuvest. No Brasil, está cada vez mais difícil completar o ciclo educacional. No entanto, Medeiros nos conta que, naquela época, como aconteceu também comigo, éramos submetidas a testes psicológicos que determinavam a nossa entrada ou não em Terapia Ocupacional. Tal aparato, se não efetivamente, pelo menos no imaginário funcionava como forte indicador da direção

vocacional. Desta forma, concluo que "as escolhidas" através desse instrumental acabavam, por sugestão, a acreditar nas suas próprias escolhas.

Hoje, talvez seja mais difícil simplesmente aceitar a terceira ou quarta opção definida no vestibular. Mas será que isto é suficiente para explicar a afasia da terapeuta ocupacional? De acordo com as palavras de Brito (1991): "Afasia, perda parcial ou total da capacidade da fala, é tomada como uma provocadora, quase agressiva, metáfora: a Terapia Ocupacional não fala. E menos ainda escreve. Por que?" (79)

Pedi a algumas supervisionandas que escrevessem sobre a terapeuta ocupacional para continuar um pouco mais com depoimentos pessoais. Luciana Cominato escreveu sobre o que escrever em Terapia Ocupacional: "Lembro-me que entrei nesta faculdade por ter escolhido trabalhar com atividades. (...) Nunca li na faculdade algo escrito por terapeutas ocupacionais, seja por alguém de fora (outro estado, outro país, ou simplesmente fora da USP) ou de nossos próprios professores. (...) Ora, como se espera que uma geração de formandos venha a produzir conhecimento se isso nem lhes passa como questão? A atividade era vista como algo concreto, empiricamente lidamos com nossas sensações e a dos outros, e teoricamente com os escritos de outras profissões. Então, para se escrever sobre Terapia Ocupacional precisamos deixar de ser terapeutas ocupacionais? Ou seja, deixar de lado a atividade e só produzir a escrita?"

O que não falta é emoção; mas, como diz dra. Eda, faz muita falta a teoria da técnica. Sem fazer uma listagem fui relatando aqui algumas questões antigas que as terapeutas ocupacionais enfrentam. Antes de avançar, mantenho-me ainda no passado para levantamento de temas no presente.

Na arguição da defesa de dissertação de mestrado, a dra. Mary Jane Spink caracterizou a Terapia Ocupacional como uma "profissão extremamente feminina". Sobre isso, questionou-me quanto a enfrentar a hegemonia de poder de outras profissões, digamos, menos femininas e mais sábias ou detentoras de saber. Ela perguntou textualmente: "Gostaria de saber como você conseguiu superar esta questão da subordinação, seja a subordinação do gênero, a da mocinha que faz tricô com pacientes, ou a questão do saber, por dentro?"

Numa defesa de tese se fala muito. Eu, que já falo tanto, falei mais ainda. Mas, em síntese, minha resposta foi que a subordinação de gênero não me parece ser só uma questão profissional e que não tinha uma resposta pessoal, a não ser a de que o saber em Terapia Ocupacional é talvez a resposta às duas partes da questão. O que me remete à formação da terapeuta ocupacional, nosso tema a seguir.

A formação

Neste item pretendo informar sobre a formação da terapeuta ocupacional como parte da organização de um saber onde especializações, pós-graduações, pesquisas e publicações são vistas como procedimento e produto dessa formação, ou melhor, de uma formação continuada.

Quase nada posso dizer sobre a formação universitária das terapeutas ocupacionais. Há muito tempo não tenho tido oportunidade de dar aula ou supervisionar estágios para estudantes. Por isso, acabei criando a oportunidade de especializar e formar profissionais no Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (C.E.T.O.) e no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica D.P.P.M.) da Escola Paulista de Medicina (E.P.M.).

Não fiz um levantamento sistemático de dados sobre a formação pós-universitária em Terapia Ocupacional por não ser este um objetivo desta tese. A título de ilustração, trago alguns recortes dos artigos mais sérios publicados recentemente em revistas de Terapia Ocupacional.

A Terapia Ocupacional nasceu nos Estados Unidos e é ainda de lá que sai a maior influência sobre essa área. Com mais de uma centena de cursos de graduação e quase isso em pós-graduação e especialização, influenciou o grande desenvolvimento da Terapia Ocupacional nos países irmãos, Inglaterra e Canadá.

Na Europa, como no Brasil, a Terapia Ocupacional começa a existir a partir da década de 50, também através do modelo americano. Penso, então, ser melhor estabelecer paralelos entre o Brasil (1994) e a Europa (1990) do que entre os Estados Unidos e o Canadá (80), onde o desenvolvimento dessa profissão se deu desde o início deste século. Apresento a seguir duas tabelas sobre cursos de formação na Europa em 1992 (81) e no Brasil, tendo adotado a divisão por países, no continente europeu, e por estados, no Brasil.

EUROPA 1990

Paises	Nº de cursos de graduação	Nº de formandos	Formação continuada
Bélgica	8	200	Sim
Dinamarca	6	200	Sim
Alemanha	40	950	Não
Itália	-	0	Não
Luxemburgo	-	0	Não
Holanda	2	100	Sim
França	8	230	Não
Grécia	1	40/110	Não
Irlanda	1	30	Sim
Portugal	2	25/35	Sim
Espanha	1	30/35	Sim
Inglaterra	16	650	Sim

BRASIL 1993

Estados	Nº de cursos de graduação	Nº de formandos	Formação continuada
Bahia	1	Início 94	Não
Ceará	1	20/25	Não
Minas Gerais	2	50	Sim
Pará	1	25	Sim
Paraná	1	25	Não
Pernambuco	1	25	Sim
R.G. do Sul	1	25/45	Não
Rio de Janeiro	3	70	Sim
São Paulo	4	100	Sim
Santa Catarina	1	25	Não

A partir do primeiro semestre de 1990 a Federação Mundial de Terapia Ocupacional realizou uma enquete em vários países com o objetivo de confeccionar um questionário para a organização de pesquisas sobre o tipo de população que constitui a categoria profissional. No segundo semestre do mesmo ano Orvoine e Montagne (1993) montaram, com dados dessa enquete, um questionário para ser aplicado na França (82). Esses questionários foram enviados a 2.500 terapeutas ocupacionais recenseados até 1989. Houve um retorno de 460 (30%) dos questionários.

No item *Formação Continuada*, isto é, pós-universitária, os resultados foram os seguintes:

- Exatos 30% dos terapeutas ocupacionais não seguiram qualquer formação após a graduação.
- Dos 70% restantes, 21% faziam estágios extra-curriculares pós-formatura, isto é, iniciaram sua carreira profissional nas áreas de orteses, comunicação ou técnicas de atividades de ateliês; e os 49% restantes faziam uma formação suplementar nas áreas de informática, ergonomia e psicologia.

No item *Livros Publicados*, os resultados foram estes:

- 25% não responderam à questão.
- 71% não tinham nenhuma publicação.
- 3% tinham participação em um ou dois livros.

No item *Publicações*, como autores ou co-autores de artigos em revistas, jornais e outros, as respostas foram essas:

- 25% não responderam à questão.
- 51% não tinham nenhum artigo publicado.
- 21% publicaram de um a seis artigos.
- 2% publicaram de seis a onze artigos.
- 1% publicou mais de onze artigos.

No item *Confecção de Material de Audiovisual* as respostas foram estas:

- 25% não responderam à questão.
- 21% fizeram um filme ou audiovisual.
- 3% fizeram dois filmes ou audiovisuais.
- 1% fez 3 filmes ou áudio-visuais.

No item *Pesquisa* os resultados foram estes:

- 31% não responderam à questão.
- 54% não fizeram nenhuma pesquisa.
- 7% fizeram uma pesquisa.
- 5% fizeram duas pesquisas.
- 3% fizeram três ou mais pesquisas.

Esses dados, em primeiro lugar, nos dão idéia sobre um número pequeno de profissionais da Terapia Ocupacional. De fato, como profissão nova, não era de se esperar que fosse diferente. Creio, inclusive, que para a *Formação Continuada*, no que diz respeito a cursos pós-universitários, a grande questão é: qual é o objeto de estudo que dará direção à montagem desses cursos?

Em publicações em revistas ou livros de 1984 para cá, encontrei apenas dois trabalhos (de três brasileiros) com propostas de cursos pós-universitários de longa duração com caráter de especialização. O primeiro é o livro, publicado em 1984, *Terapia Ocupacional psiquiátrica - aperfeiçoamento*, de Rui Chamone Jorge (83). O segundo é um artigo de minha autoria, em parceria com Sonia Ferrari, publicado no "Journal d'Ergothérapie" (França, 1989), intitulado *Pour la spécialisation d'ergotherapeutes en Psychiatrie: une approche psychodynamique*, e já citado neste trabalho, onde descrevemos o projeto C.E.T.O.

Tratando de publicações, vejamos como se encontra a situação brasileira. Temos atualmente dez livros publicados por ou com a participação de terapeutas ocupacionais (todos eles estão citados na bibliografia). Existem duas revistas publicadas no estado de São Paulo: *Terapia Ocupacional*, editada pela USP desde 1990 (em edição semestral no momento); e a publicação *Cadernos de Terapia Ocupacional*, editada pela UFSCAR desde 1990 (edição trimestral). São duas excelentes publicações mas que precisam sempre de colaboração em dois itens fundamentais: artigos e verbas.

Como não temos ainda pós-graduação estrito senso, terapeutas ocupacionais defendem teses em outras áreas. Não consegui precisar, no Brasil, o número de dissertações de mestrado, que devem estar em torno de 30, e de teses de doutorado, aproximadamente entre 4 e 6. De acordo com o levantamento que realizei no estado de São Paulo, há um convênio entre a Fundap e outras nove instituições governamentais, universidades e hospitais para aprimoramento e especialização para terapeutas ocupacionais.

Entre essas instituições, a Escola Paulista de Medicina, através de seu Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, formou de 1984 até hoje 36 especialistas em Terapia Ocupacional Psiquiátrica. O Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, de 1981 até hoje, formou 50 terapeutas ocupacionais em Terapia Ocupacional e Saúde Mental. É certo que este número se eleva muito se incluirmos as profissionais que cursaram algumas disciplinas por sua própria escolha ou as que abandonaram o curso depois de ter cursado pelo menos a metade dos créditos.

Quanto às pesquisas, não há no Brasil instituições ou verbas que promovam a pesquisa específica em Terapia Ocupacional. Para se ter uma idéia comparativa, na Inglaterra existem 17 instituições que incluem a Terapia Ocupacional como área de pesquisa.

São várias as colegas que atualmente enfatizam a importância da formação continuada em Terapia Ocupacional. Encontramos esta preocupação tanto em colegas do exterior quanto entre as brasileiras. Tomo emprestado, aqui, suas posições, pois em nada diferem das minhas.

Blanchet, na França (1989), discutia a necessidade da formação continuada. Sua proposta tinha como objetivo:

1. Organização de um protocolo para determinar a melhor alternativa formadora ou organismo de formação em Terapia Ocupacional.
2. Elaborar técnicas de avaliação para projetos de formação.
3. Estudar a qualidade do conteúdo dos diversos estágios práticos.
4. Melhorar a organização das tarefas materiais." (84)

Para tanto, Blanchet fazia um convite às terapeutas ocupacionais francesas no sentido de formar grupos para esses estudos. Sua maneira de seduzir tendo em vista esse objetivo foi fundamental para o sucesso, a partir de 1991, da estruturação da formação continuada. Ela dizia que essa formação significava um *modo de imposição* a remunerações mais altas. O que é bem uma verdade! Quanto ao Brasil, pelo menos três artigos sobre essa questão são muito importantes.

O primeiro é de Hahn (1990): "A Terapia Ocupacional, a exemplo das outras profissões da área de saúde que se dedicam ao cuidar bio-psico-social do ser humano, tem ao longo de sua formação, tanto acadêmica quanto profissional, a necessidade de aprofundar, refletir, discutir e ter 'feed-back' de sua prática clínica. Chamamos este ininterrupto processo de aprendizagem de educação continuada. O avanço da tecnologia é uma das razões mais importantes para se manterem programas ativos de deste tipo. Se de fato a quantidade de conhecimento científico dobra a cada dez anos, como sugeriu Woodside (1977), o processo de educação continuada é um processo ao longo da vida do profissional, e o seu estudante precisa perceber desde cedo que em nenhum ponto de sua carreira há um produto terminado (85)".

O segundo é de Medeiros (1990): "Temos que lembrar que a produção do conhecimento está sendo feita a cada dia por todos os profissionais que, inconformados com o papel de meros reprodutores de conhecimento e de técnicas, inventam, questionam, recriam a sua prática. A divulgação, a transmissão desse conhecimento é que está tendo problemas, a meu ver. Mas a necessidade de comunicação, reclamada há anos, vem sendo respondida maneiradamente através desses encontros, simpósios e agora até de congresso entre os terapeutas ocupacionais, além dos cursos regulares de graduação, e dos cursos de aperfeiçoamento e especialização organizados e oferecidos por terapeutas ocupacionais. Os terapeutas ocupacionais brasileiros estão 'inventando' a terapia ocupacional necessária, ao mesmo tempo que inventam as formas de se organizar e se comunicar. Mas ninguém começa do zero. De uma certa forma estamos sempre re-inventando, re-criando. Pois não somos uma tribo alienígena, isolada do todo social. Nascemos dele e nele estamos inseridos. E nossa forma de atuação também se dará com ele. Concluindo: existe uma produção que precisa ser mais divulgada para que possamos construir conjuntamente essa Terapia Ocupacional que está sendo requisitada. E é conjuntamente que melhor poderemos compreender os erros e acertos

que estamos fazendo na construção de um novo modo de assistência necessário e competente." (86)

O terceiro é de Denise de Barros (1993): "Apesar de necessitar de um estudo cuidadoso, podemos perceber alguns elementos, deixando claro que utilizo aqui como quadro de referência a Terapia Ocupacional em São Paulo. O que interessa fundamentalmente são as reflexões que é possível extrair, mas que possuem um valor mais abrangente. Em meados da década de 70, a Terapia Ocupacional foi fortemente transformada pelo encontro com as idéias psicodinâmicas e pela influência da psicologia. Nossa hipótese é de que foi esse referencial que permitiu à terapia ocupacional brasileira emancipar-se (em parte) da produção norte-americana e francesa, ganhando um desenho próprio a partir de então. Esse encontro permitiu aos terapeutas ocupacionais construir uma identidade de terapeuta, buscar uma compreensão do paciente em termos de sua psicodinâmica, enriquecendo ou contrapondo-se à compreensão educacional-disciplinar então hegemônica. Além disso, um conjunto de conceitos foi sendo produzidos, dando um novo estatuto à terapia ocupacional. Um marco teórico que emerge como modelo explicativo foi a redefinição da noção de atividade, agora proposta como dinâmica relacional entre terapeuta-paciente-atividade. A partir deste diálogo com a psicologia e mais fortemente com as formulações freudianas e junguianas, a terapia ocupacional conheceu uma produção qualitativamente significativa (São expoentes desta orientação Jô Benetton e Sonia Ferrari). Isso quer dizer que o cotidiano do terapeuta ocupacional nos anos 90 não é semelhante, em sua essência, ao de seu colega do início dos anos 70. Mudaram as práticas, a visão política, a compreensão institucional, a abrangência das ações, a definição e a natureza das atividades e, até mesmo, os pacientes que hoje são cidadãos. De executor autômato das ordens médicas a planejador de ações de saúde.

Todo esse processo implicou numa mudança de perspectiva de estratégia de luta, onde o crescimento da terapia ocupacional vincula-se profundamente à melhoria das condições de vida, sendo esta última o alvo verdadeiro, o objetivo forte. Dessa forma, como desdobramentos diretos das novas práticas assistenciais (desconstrucionistas e territoriais) ao nível da teoria em Terapia Ocupacional, acreditamos que alguns princípios têm sido a base dessas transformações, ainda que muitas vezes implícitos:

- *priorização da demanda*, isto é, da análise e compreensão crítica das necessidades da população assistida; toda demanda deve ser atendida;
- *superação do dilema técnico-político*;
- *a vida cotidiana* como eixo organizador da assistência;
- *settings múltiplos*, respeitando as necessidades do usuário e da assistência requerida;
- *a busca de reconstrução ou formação de redes sociais de solidariedade*;
- *a reabilitação como emancipação psicossocial e econômica da pessoa*;
- *revisão do conceito de atividade*, que deve ser compreendido no interior de processos reais de vida e pensado singularmente para cada pessoa/situação/necessidades. Distanciando-se assim do pressuposto de que existam atividades cujas características abstratas possam ser estudadas separadamente e prescritas segundo grupos de patologias, sintomas ou situações hipotetizadas

teoricamente. O terapeuta ocupacional deve trabalhar no sentido real da emancipação psicológica, relacional e social de cada pessoa. Acredito que a Terapia Ocupacional no ano 2.000 deverá voltar-se para a construção permanente de um saber solidário diante da dor humana, e deverá voltar-se para a necessidade de uma produção teórica que seja capaz de captar a realidade e o movimento social." (87)

Para concluir este tópico sobre a formação da terapeuta ocupacional quero, além de tudo que já foi informado, deixar minha opinião através das palavras de Hahn (1990): "A literatura nos informa que existe uma ligação entre o envolvimento profissional e o envolvimento em educação continuada." (88) Para bom entendedor, meia palavra basta! Mas minhas preocupações continuam quanto ao tipo de formação que se busca. No geral, percebo uma certa tendência a se transitar por modismos de muito pouca importância para a nossa realidade social e principalmente para a profissional. Creio que isso ocorre na busca de uma compensação pelos preconceitos gerados em torno da Terapia Ocupacional. Profissão prática, que de certa forma tem sido vista como contraponto às profissões intelectuais e, portanto, capazes de construir "o saber". Meu lado irreverente tem tomado tais apreciações como um desafio instigante e investigante do conhecimento.

A qualificação

Passei, provavelmente, a metade do tempo até hoje dedicado à vida profissional falando da importância da formação continuada para a terapeuta ocupacional. Agora, sem precisar de muito esforço, consegui expor essa questão com a colaboração de alguns colegas professores da graduação em Terapia Ocupacional. Na verdade, estive tentando esconder um pouco a maneira intransigente como costume reivindicar qualidades para o exercício da terapia ocupacional.

Anteriormente foi dito que inteligência, cultura, dedicação e envolvimento profissional são indispensáveis. Quem me conhece sabe que advogo a estética como qualidade na Terapia Ocupacional. Cada uma tem seu próprio jeito para ser *bonita* e *elegante* e nunca me furtei a aconselhar tanto uma exposição de pintura como a cor do batom. A propósito, no prólogo do livro *A Mulher Escondida na Professora*, de Alicia Fernández (1994), encontramos um autêntico grito feminino:

"AUTORIZAR-SE A SER MULHER. AUTORIZAR-SE A ENSINAR.

Diante da dura realidade da inteligência aprisionada e da sexualidade desmentida, não proponho nem a liberação sexual, nem a inteligência liberada, já que esta última, só no delírio e na alucinação se faz possível. E a primeira conclui sempre pela domesticação das autorias, anulando a possibilidade de vencer. E vencer, para mim, é poder sustentar o Desejo e seus desejos. O desejo de conhecer, de ser feliz, de surpreender-se, de amar. Como diz Juan Carlos Volnovich, 'para nós, vencer é só isso, tentar uma e outra vez o que desejamos.' Então, a proposta de saúde frente à nossa inteligência aprisionada, a de cada um de nós como ensinantes e aprendentes (já que todos temos estes pequenos ou grandes sintomas, e inibições, ainda que não se encontrem estruturados) passa por:

- o autorizar-se a pensar;
- o permitir-se perguntar;
- o deixar espaço à imaginação e ao prazer de aprender;
- e, em consequência, e só em consequência, ao prazer de ensinar.

A proposta de saúde frente à nossa sexualidade desmentida, ludibriada, omitida, aprisionada, encapsulada, enclausurada, enredada, atacada, indiferenciada, passa por:

- o reconhecer a diferença como diferença e não como carência (tem ou não tem);
- o não omitir-se;
- o legalizar o modo de produção de saber e de conhecer característico das mulheres;
- o fazer visível nossa produção invisível;
- o fazer pública nossa produção doméstica;
- o autorizar-se a ser mulher." (89)

Entre meus botões, muitas vezes acabo por considerar-me não qualificada para compor um quadro de "virtudes" para a terapeuta ocupacional. Na verdade, pesa muito não ter tido modelos ou referências dentro da própria profissão. Por muito tempo participei de seminários e de supervisão com psicanalistas. Mesmo sendo mulheres, havia uma assepsia tão grande na forma de conduzir suas práticas que parecia-me não caber na terapia ocupacional. Uma assepsia do feminino: apenas uma figura vista de relance na entrada ou na saída. Nós, pelo contrário, vis-a-vis, no fazer se aproximando e se distanciando, resvalando e tocando, mostramos, ao conduzir um processo, todo o caráter feminino.

Não há como negar ou esconder o quanto existe de cultural no ensinar, no educar, no ser continente, materno e sedutor na mulher - terapeuta ocupacional. Assim como também é correto afirmar que pouco nos é ensinado sobre isso. Acabo, então, por observar dois tipos de condutas mais frequentes na clínica das terapeutas ocupacionais. Aquelas que sem dar continuidade à sua formação, após a graduação, tendem a ser apenas uma presença que monitora atividades e/ou exercícios. E as que, fazendo formação em diferentes linhas teóricas da psiquiatria e da psicologia, passam a tentar conduzir-se de acordo com os pressupostos relacionais contidos nesses estudos.

Dessa forma, a Terapia Ocupacional termina sendo deixada de lado como referência para determinar o caráter da relação terapeuta ocupacional-paciente. Esta questão deve ser, sem dúvida, um dos objetos de estudo se quisermos nos particularizar. O que temos de herança até agora não é suficiente para construirmos tal aparato mas subsídios não faltam, desde que não queiramos negar a origem e sermos boas cozinheiras para criar receitas de múltiplos ingredientes.

A primeira escola regular de Terapia Ocupacional foi fundada em 1915 por Eleanor Clark Slagle. Gillette (1973) diz o seguinte: "Mrs. Slagle dedicou grande parte do seu tempo a descrever a personalidade ideal do terapeuta ocupacional como a pessoa que trabalha com os pacientes nas salas de hospitais. Sua descrição é, na realidade, excelente para a personalidade ideal da mãe de uma criança em idade pré-escolar: bondade infinita, paciência, imaginação, capacidade para permitir que a criança vague de um mundo de fantasia a outro, e conduzi-la insensivelmente à realidade normal quando creia ser necessário." (90)

Esta citação, por algum motivo que nunca soube explicar, sempre pareceu-me conter um tanto de ironia. Eu a li pela primeira vez depois de quatro anos de formada, mas não sei se já podia pensar em crítica a essa dedicada e feminina maneira de ser terapeuta ocupacional. Sei que isto me seduzia mais do que havia aprendido até o momento na graduação. Nossa apostila de Terapia Ocupacional aplicada à Psiquiatria tinha a seguinte bibliografia:

"Arieti, Silvano - Interpretation of Schizophrenia. New York, 1955. Robert Brunel.
Cohen, Mabel Blake et all. An Intensive Study of Twelve Cases of Manic Depressive Psychosis. Psychiatry, vol.17, nº 2, May 1954.
Freud, Sigmund - Mourning and Melancholia. Collected Papers, vol.IV, págs.152-172.
Freud, Sigmund - Psycho-analytic Note upon anAutobiographical Account of a Case of Paranoia. The Schreber Case. Collected Papers, vol.III, págs.387-410.
Lewin, Bertram D. - The Psychoanalysis of Elation. New York. Norton, 1950.
Ovesey, Lionel - The Homosexual Conflict. Psychiatry. 1954, vol.18.
Ovesey, Lionel - The Pseudohomosexual Conflict. Psychiatry, vol.18, nº 1.
Sullivan, H. S. - Three Orienting Lectures. Washington. Wm.Alanson White. Psychiatry Foundation, 1954."

Nela haviam "receitas" de conduta para a terapeuta ocupacional de acordo com o diagnóstico do paciente. Como a listagem é longa, mostro aqui um exemplo:

"Esquizofrenia.III. Atitudes e atividades específicas de Terapia Ocupacional. (...)

c) Este paciente deve ser atingido no nível de sua motivação. Fazer sua introdução com amabilidade. A terapeuta ocupacional deve ter bastante segurança e também transmitir essa segurança. (...)

f) Facilitar comunicação para o paciente.

1. Seja sensível ao uso da comunicação não-verbal.

2. Saber que o paciente usará simbolismo e expressão sutil na sua comunicação verbal e que ele reagirá aos símbolos e expressões sutis na sua comunicação verbal mesmo que você não esteja consciente delas.

g) Evitar que o paciente rejeite você, se possível, mas se a rejeição ocorrer, não se retire.

1. Dar e receber, dando sem esperar resposta.

2. Se o paciente responder, não o deixe na situação onde ele tem que manter suas respostas durante um longo tempo. Use contatos relativamente curtos e repetidos.

3. Ajude-o mas não peça que ele a ajude.

4. Não esforçar muito o paciente psíquica ou fisicamente.

5. A terapeuta ocupacional deve evitar solicitude exagerada, loquacidade excessiva, maneira exigente ou autoritária." (91)

O que há de misterioso por trás dessa "receita" parece fazer parte dos contatos imediatos de terceiro grau. Mas suponhamos que fosse possível saber do que estava se falando e que realmente existissem instrumentos para decodificar essas ordens. Mesmo assim elas sempre me pareceram menos possíveis de serem seguidas do que o materno e o continente proposto pela corrente humanista.

Essa corrente, ao menos, é a gênese da nossa profissão, enquanto o modelo médico sintomatológico sempre pareceu-me como um encaixe num buraco muito largo e, portanto, solto, como ocorre no exemplo acima. Terapeutas ocupacionais se

ocuparam e sempre se ocuparão com pessoas. Mais que isso, na sua engenharia está prevista a retirada do melhor de cada uma dessas pessoas para que existam as construções.

Uma maneira de ser terapeuta ocupacional ou uma forma de estabelecer um relacionamento que objetive essa ocorrência não pode ser construída através de receitas e sim em consequência de um determinado saber. Para que exista este saber contamos com o próprio desenvolvimento da Terapia Ocupacional e, quando isto não basta, podemos ser subsidiados por disciplinas afins. Nos capítulos dos Procedimentos Terapêuticos e nos dos Casos Clínicos espero poder mostrar o que já sei.

Antes de ir adiante, porém, quero destacar a qualidade que considero indispensável para a terapeuta ocupacional e que é resultado desse saber: a qualidade do olhar. Um olhar qualificado pela curiosidade da investigação. Se quisesse, poderia traduzir em termos técnicos toda a capacidade de observação e memorização daquilo que se vê. Observar um processo de realização de atividades, de tal forma a poder conectá-lo a um discurso verbal, a um produto final, a outros processos de realização da nossa atividade ou de outros, dos comportamentos e atitudes na relação que levaram ou são consequência dessa realização, e por fim a possibilidade de conectar todos esses dados para levantar histórias, tudo isto é o que sustenta a intervenção da terapeuta ocupacional.

Foi justamente a importância que dava a esse olhar que levou-me a fazer dois anos de estudos em observação baseados nas teorias comportamentais. Essa forma de observar alia o agir e o falar para uma memorização associada desses dois atos. Penso que esta forma de observação é um instrumento técnico imprescindível para a terapeuta ocupacional. Não sei, entretanto, se hoje é preciso passar pelo estudo da psicologia comportamental ou experimental para treinar-se nessa forma de observação. Penso que terapeutas ocupacionais já criaram adaptações que especificam um observar próprio para a terapia ocupacional. Isto não tem sido transmitido teoricamente e sim através da supervisão dos casos clínicos.

Estou convencida de que o estudo da observação é um importante tema de pesquisa para a Terapia Ocupacional. No C.E.T.O., orientamos esse treino no decurso das disciplinas Laboratório de Análise de Atividades e nas Supervisões de Casos Clínicos. Na Escola Paulista de Medicina isto é feito principalmente através de supervisões clínicas.

A responsabilidade

Percebo que a forma, em Foucault, se revela em destaque na minha memória. A página e as letras são o recorte que compõem a imagem visual memorizada, que neste momento vem à tona como associação. Foucault (1986): "Em teoria, ou antes, em sonho, a dupla taxinomia dos castigos e dos crimes pode resolver o problema: como aplicar leis fixas a indivíduos singulares?" (92)

Esta associação, imagino, pode caminhar em várias direções. O direito à escolha permite-me aproximar a responsabilidade, a lei e a singularidade para fazer

debutar o complexo tema da ética em Terapia Ocupacional. Em primeiro lugar, a lei. Transcrevo a seguir o Código de Ética de 1990 da World Federation of Occupational Therapists (Pelabon, 1993):

“Qualidades Pessoais

Os terapeutas ocupacionais devem dar prova de integridade pessoal, de honestidade, de abertura de espírito e de lealdade tanto com seus clientes como com a profissão, ao mesmo tempo.

Responsabilidade com os que se beneficiam dos serviços de um terapeuta ocupacional.

Os terapeutas ocupacionais devem dirigir-se a seus clientes considerando e respeitando sua situação pessoal. Não devem fazer discriminação com base em sua raça, cor, deficiência, enfermidade, nacionalidade, sexo, preferência sexual, política ou classe social. As preferências pessoais e as capacidades do cliente serão levadas em conta na organização da prestação de serviço. As informações a respeito dos pacientes são estritamente confidenciais e certos detalhes pessoais só poderão ser comunicados com seu consentimento.

Conduta no seio da equipe de terapeutas ocupacionais assim como no da equipe multiprofissional.

Os terapeutas ocupacionais cooperam e assumem responsabilidade numa equipe, aceitando os objetivos médicos e psicossociais que foram fixados. Devem organizar relatórios sobre o progresso obtido sob sua intervenção e fornecer as informações necessárias aos outros membros da equipe.

Evolução do conhecimento profissional

Os terapeutas ocupacionais devem participar na evolução da profissão através de uma contínua aprendizagem, aplicando em seguida, no seu trabalho, os conhecimentos e competências assim adquiridos.

Promoção da profissão

Os terapeutas ocupacionais devem participar do melhoramento e desenvolvimento da profissão em geral. Compete-lhes a promoção da terapia ocupacional para o público em geral, para outras organizações profissionais e os diversos comitês e organismos em nível regional, nacional e internacional.”

Agora, transcrevo o que penso ser uma novidade, o Código de Ética Europeu para Terapeutas Ocupacionais. Este Código foi publicado no *Journal d’Ergothérapie*, da França, em junho de 1993:

“1. Responsabilidade com os que se beneficiam com os serviços de uma terapeuta ocupacional

1.1. Tratamento

1.1.1. O terapeuta ocupacional deve ser íntegro e respeitar a descrição profissional.

1.1.2. O terapeuta ocupacional, com a participação do cliente, é responsável pela avaliação e organização do tratamento, dando-lhe andamento e também um término.

1.1.3. O terapeuta ocupacional deve avaliar e rever frequentemente os tratamentos.

1.1.4. O terapeuta ocupacional deve, com o acordo com o cliente, procurar estabelecer os objetivos realísticos para uma intervenção, baseado num contato terapêutico, e deve informar ao cliente a natureza e o resultado eventual do tratamento.

1.1.5. Na elaboração de um programa, o terapeuta ocupacional deve considerar quatro componentes para garantir a segurança da qualidade dos cuidados:

- a) o desempenho profissional (qualidade técnica)
- b) recursos utilizados (eficácia)
- c) administração de riscos (o risco de uma acidente ou de uma doença decorrente de cuidados prestados)
- d) satisfação do cliente quanto aos cuidados prestados.

1.1.6. O terapeuta ocupacional deve estar a par dos serviços e equipamentos, podendo melhorar o bem estar do cliente, informando ou fazendo-o beneficiar-se disso.

1.1.7. A principal preocupação do terapeuta ocupacional deve ser o bem estar do paciente.

1.1.8. Nenhuma discriminação deve existir, por qualquer razão que seja.

1.1.9. O cliente deve ser encaminhado a uma terapeuta ocupacional por intermédio de um médico ou de um serviço médico, de acordo com a lei e o uso do país.

1.1.10. O terapeuta ocupacional deve manter relações objetivas com os clientes, sem jamais perder de vista o objetivo perseguido.

1.2. Término do tratamento

1.2.1. O terapeuta ocupacional deve pôr fim aos seus serviços quando o cliente tenha alcançado os objetivos fixados, ou quando o benefício máximo foi alcançado com os cuidados prestados.

1.3. Prontuários e relatórios

1.3.1. Se é permitido ao terapeuta ocupacional ter acesso aos prontuários dos pacientes, ele deve respeitar as leis da saúde e os regulamentos da autoridade que o emprega.

1.3.2. O terapeuta ocupacional deve a todo momento proteger e respeitar os dados confidenciais e se assegurar que eles não serão divulgados, a não ser em caso de necessidade absoluta.

1.3.3. O acordo de princípio com o cliente deve ser obtido antes:

- a) de divulgar uma informação concernente ao exterior do contexto terapêutico.
- b) no caso de constrangimento legal.

1.3.4. Os prontuários e os relatórios devem ser sigilosos, de acordo com as disposições legais do país.

1.3.5. O terapeuta ocupacional deve respeitar os procedimentos estabelecidos pela autoridade que o empregou para a confecção de relatórios, assim como do registro dos informes sobre o cliente.

1.3.6. A elaboração de relatórios é parte integrante do trabalho do terapeuta ocupacional. Eles devem conter fatos reais e a abstração de toda observação de ordem emocional.

1.4. Segurança

1.4.1. O terapeuta ocupacional não deve nunca empreender algo que coloque em perigo a saúde e a segurança do cliente.

1.4.2. É importante que o terapeuta ocupacional utilize equipamentos apropriados para o curso dos tratamentos.

1.4.3. O terapeuta ocupacional deve tomar todas as precauções necessárias para evitar riscos inúteis.

1.4.4. O terapeuta ocupacional deve conhecer e observar as leis sobre a saúde.

2. Empregador

2.1. No caso onde o empregador respeite outras regras de conduta que as descritas neste Código, o terapeuta ocupacional deve ser claramente informado.

2.2. Se diferentes códigos se opõem, o terapeuta ocupacional deve buscar a categoria profissional e discutir com ela.

3. Promoção da profissão

3.1. O terapeuta ocupacional deve participar do desenvolvimento da profissão.

3.2. O terapeuta ocupacional deve rever e atualizar seus conhecimentos profissionais.

3.3. O terapeuta ocupacional deve oferecer ou fornecer seus serviços dentro dos limites de sua competência.

3.4. O terapeuta ocupacional deve poder reconhecer os conhecimentos e as atitudes necessárias para um serviço qualificado.

3.5. O terapeuta ocupacional deve assumir a responsabilidade de sua competência e, na hipótese de conhecimentos e atitudes suplementares mostrarem-se necessárias, ele deve:

a) encaminhar o cliente a um outro terapeuta ocupacional

b) consultar os colegas

3.6. O terapeuta ocupacional não deve, em nenhum caso, adotar uma conduta que possa colocar um conflito de interesses, de tal forma que possa prejudicar a profissão.

4. Relações profissionais

4.1. As necessidades e as responsabilidades dos colegas devem ser respeitados pelo terapeuta ocupacional.

4.2. O terapeuta ocupacional deve ser leal com seus colegas terapeutas ocupacionais, mas deve, se necessário, revelar e relatar os comportamentos antiprofissionais.

4.3. O terapeuta ocupacional deve consultar seus colegas terapeutas ocupacionais, assim como com eles colaborar e cooperar.

4.4. As experiências profissionais devem poder prover a todos os colegas de profissão, assim como a todas as pessoas a que tais experiências dizem respeito.

4.5. Um relatório deve ser endereçado à categoria profissional no caso de uma violação do código de ética.

4.6. O terapeuta ocupacional deve compreender a importância de uma cooperação com a equipe que circula no serviço de terapeuta ocupacional.

4.7. O terapeuta ocupacional vindo de país estrangeiro deve respeitar os costumes e a cultura do país que o acolhe.

5. Publicações

- 5.1. O terapeuta ocupacional deve respeitar os direitos autorais das publicações que ele utiliza.
- 5.2. O terapeuta ocupacional deve proteger a intimidade do cliente em todo material visual ou escrito que poderá ser utilizado no contexto terapêutico.

6. Pesquisa

- 6.1. No curso de suas pesquisas os terapeutas ocupacionais devem sempre respeitar o ponto de vista ético.
- 6.2. Os pesquisadores devem respeitar as disposições previstas pelas leis da saúde e as regras definidas pelo empregador.
- 6.3. O terapeuta ocupacional deve informar seus clientes sobre os resultados eventuais de sua atividade.

7. Representação da profissão

- 7.1. A profissão deve ser corretamente representada para o cliente, os estudantes e o público.
- 7.2. O terapeuta ocupacional deve informar os estudos, os colegas e o público sobre a profissão de terapeuta ocupacional.
- 7.3. O terapeuta ocupacional deve oferecer-se para desenvolver a qualidade da profissão.
- 7.4. O terapeuta ocupacional deve se engajar para informar a sociedade, o cliente, assim como o pessoal médico sobre as questões pertinentes ao domínio da terapia ocupacional.
- 7.5. O terapeuta ocupacional deve evitar todo comportamento excessivo que possa afetar seu desempenho ou o da terapia ocupacional.

8. Comercial

- 8.1. O terapeuta ocupacional deve obter recursos para publicidade conforme as práticas em vigor no domínio da saúde.
- 8.2. O terapeuta ocupacional deve respeitar as práticas em vigor no domínio da saúde quando fornecerem serviços profissionais privados.
- 8.3. O terapeuta ocupacional que exerce a profissão por sua própria conta deve fixar honorários baseando-se na análise dos custos, em relação ao serviço prestado.
- 8.4. O terapeuta ocupacional não deve fornecer ou recomendar produtos comerciais ou equipamentos técnicos ao cliente, a não ser no caso de necessidade profissional.
- 8.5. O terapeuta ocupacional não deve solicitar nem aceitar qualquer comissão por parte de firmas comerciais, como recompensa ou pagamento por haver recomendado o produto da firma em questão.

9. O terapeuta ocupacional no ensino

- 9.1. Os professores devem se assegurar que o nível de estudo mínimo exigido pela W.F.O.T., é respeitado.
- 9.2. Os professores devem se assegurar de que os estudantes adquiram um nível aceitável de competência profissional.
- 9.3. O nível de educação deve ser validado pela Associação Nacional." (93)

Gostaria agora de apresentar o nosso Código de Ética, mas não o temos. Como disse anteriormente, andávamos, de certa forma, em paralelo com os países europeus. Atualmente, infelizmente, não mantemos, como categoria profissional, nenhuma instituição, extra-oficial, de representação profissional. Assim sendo, fica-se sabendo, através de fofocas, que o Brasil foi aceito em 1994 como membro da W.F.O.T. Por que vias? Provavelmente através do esforço de poucos.

Eu poderia saber, através de amigas-colegas que estiveram no último Congresso Mundial de Terapia Ocupacional, como foi esse processo. Entretanto, quero deixar assim como está tanto a apresentação dos dois códigos como as últimas sobre a W.F.O.T. Talvez provoque curiosidade e este é um passo para uma reunião. Quem me conhece sabe como tenho tentado isso!

Por outro lado, o que posso pensar sozinha pode não ser a ética de uma profissão mas pode levantar questões sobre a ética na clínica da Terapia Ocupacional. Tão importante quanto as leis e a participação internacional é estar dia a dia com os pacientes com problemas emocionais. Há nessa relação tanta singularidade que nenhuma lei enquadrará com responsabilidade as ocorrências. A ética na clínica, em Terapia Ocupacional, deve ser equacionada como um problema de resolução na prática.

Wittgenstein (1991) afirma o seguinte: "Se eu só pudesse explicar a outrem a essência do que é ético por meio de uma teoria, o que é ético não terá valor algum. A ética, se ela existe, é sobrenatural, ao passo que nossas palavras podem exprimir apenas fatos." Chauviré (1991) complementa: "Não se trata de formular uma descrição do bom código, nem de afirmar que ele é bom; trata-se de de 'ver de repente' a ética de outra maneira e impregnar dela a própria vida." (94)

Na clínica da terapia ocupacional trata-se de fazer a ética impregnar a relação terapeuta-paciente. Segundo Dra. Eda, cada situação *ad hoc* deverá ser analisada para se saber o que é ético na terapia ocupacional. Pensando no nosso cliente como um problema social, temos que a natureza do nosso problema é ambíguo, difícil de ser diagnosticado ou isolado. Além disso, a intervenção em terapia ocupacional caracteriza-se por estar na intersecção entre o material e o não material.

Usando um exemplo da Dra. Eda, quando se faz uma histerectomia é para se obter um benefício, em contraposição a um malefício maior. Quando se trata em terapia ocupacional é com que finalidade? Como proposição geral está a manutenção ou a própria inserção social. Para isso, nos instrumentamos através de um diagnóstico situacional e intervimos no material e no não material. Assim sendo, o que é ético deve ser definido a cada momento em cada situação. É nisto que nos aproximamos do impregnar a vida com a ética, como propõe Wittgenstein.

É preciso, então, deixar aberta a possibilidade de qualificar múltiplas formas e/ou fenômenos e/ou déficits, para uma tomada de decisão. Há necessidade de se permitir a crítica fundamentada no processo de maneira a questionar a normatização sem excluir os não normatizados. Com isso, não será só através de um código de ética que se formarão juízos de valores. Num código de ética tende-se a generalizar de tal forma a ir em busca de valores absolutos. Isso não significa que a eles se possa chegar. Na clínica, a singularidade só nos permite refletir e elaborar sob valores relativos.

Temos uma técnica e podemos demonstrar que ela é útil, em cada caso. O que não é possível é sistematizar aprioristicamente sua finalidade. É encargo da terapeuta ocupacional definir as condições e a natureza de cada caso. Na singularidade, portanto, reside a responsabilidade clínica da terapeuta ocupacional e é por isso que ressalto a importância da supervisão clínica de casos em terapia ocupacional. Só através desse tipo de assessoria, de crítica ao processo, é que podemos estabelecer o que é ético em cada caso, situação ou momento.

O SETTING TERAPÊUTICO

O espaço de construção

Para abrir este tópico fui primeiro em busca de um termo em português que se aproximasse do que está no título, em inglês. Foi quando percebi porque a palavra *setting* tornou-se corrente em nosso meio. Nenhuma palavra da língua portuguesa contém ao mesmo tempo sentidos que fornecem tão amplo significado à situação terapêutica: local, situação, posição, fundo, engaste, música e cenário. Em função disso, a partir de agora o termo *setting* será utilizado sem o destaque em itálico que identifica as palavras estrangeiras ainda não incorporadas ao nosso idioma.

Um sem-número de teorias, métodos e técnicas da Terapia Ocupacional estão aqui na minha frente e não consigo imaginar onde a terapia ocupacional acontece. Muitos anos atrás, em 1975, escrevi um trabalho (não publicado no Brasil) com o título *Organização de Setor de Terapia Ocupacional* (95). Esse artigo terminou circulando de mão em mão e acabou ficando popular nas escolas de Terapia Ocupacional. Só agora percebi o porquê. É que terapeutas ocupacionais não têm o hábito de escrever sobre o local onde trabalham. Para mim, no entanto, esta prática tornou-se corrente, através de relatórios e projetos de organização ou consultoria de programas de Saúde Mental e Psiquiatria. Talvez seja por isso que acabei percebendo a importância do local e sua organização para o transcurso da terapia ocupacional.

Em setembro de 1993 fui a única terapeuta ocupacional brasileira presente em Dublin, no Congresso Mundial de Reabilitação Psicossocial, onde apresentei um trabalho, que foi considerado inédito, sobre a organização que fiz de um Centro de Terapia Ocupacional na República de Cabo Verde. Este Centro, inclusive, é apenas uma parte do projeto global de Saúde Mental do país, concebido e supervisionado por mim. O inédito aqui está por conta de que um projeto de intervenção em Saúde Mental ter ficado a cargo de uma terapeuta ocupacional (deu para perceber resistências por parte de alguns psiquiatras). Isto me fez pensar que toda a tradição em projetar programas de reabilitação não tem sido suficiente para que terapeutas ocupacionais sejam solicitados a encontrar espaços como projetistas.

Vejamos o que diz a este respeito Pierquin e Farcy (1980): "O atelier de ergoterapia é um lugar particular, e sempre original, num estabelecimento hospitalar. Nada aí lembra uma terapêutica comum. Os odores, as cores e os ruídos evocam antes a vida cotidiana, a atmosfera de trabalho, como aquela dos clubes de lazer. O paciente descobre e se descobre a partir dos instrumentos e materiais diversos: papel, cartolina, pintura, madeira, cola, terra e produtos da culinária evocam as atividades que lhe são familiares ou estranhas, de acordo com sua situação e seu gosto. A ambigüidade ligada à noção de trabalho é lembrada e sentida. Ela pode provocar um certo mal-estar e mesmo ansiedade, e isto é importante que a ergoterapeuta perceba." (96)

A busca da eficiência nos propósitos terapêuticos é demonstrada por Finlay (1988): "Em primeiro lugar o espaço onde ocorre a Terapia Ocupacional precisa atingir o seu propósito. Frequentemente ele é visto como uma área onde pacientes são esperados para fazer atividades assumindo papéis diferentes, principalmente se já tiverem exercido papéis passivos ou doentes em algum outro lugar. Sempre é necessário que o ambiente permita o aprendizado de habilidades que buscam o sustento das emoções, além dos equipamentos materiais. Para tanto, manipula-se o ambiente de forma variada, selecionando estímulos visando maximizar o aprendizado e o funcionamento afetivo. Aqui, escurecemos salas para relaxamento, simulamos locais de trabalho e de terapia para a expressão livre, como as paredes para o grafite e assim por diante. Procuramos ainda equilibrar espaços silenciosos e calmos com seções mais barulhentas, dependendo do tipo de atividade. As opções são infinitas e dependem muito das necessidades dos pacientes, assim como dos recursos disponíveis, sendo que reconhecemos isto como importante." (97)

Levando em consideração essas duas colocações, acrescentarei que as salas de terapia ocupacional geralmente são amplas, claras, com pia, fogão, materiais e instrumentos diversos. Mas também existem as que são instaladas em porões dos hospitais, úmidas, frias ou abafadas, e que quase não têm materiais e instrumentos. Em qualquer delas acontecem atividades, ouve-se o barulho do martelo, o som da música ou o aroma de café fresco. Então, qual é a personalidade desta sala? Ou melhor: o que dá personalidade a esta sala?

Se continuarmos a denominar esta sala de sala de terapia ocupacional, continuaremos a constituir o seu caráter pela planta física e pelos objetos. Ela jamais chegará a ser uma sala peculiar, a não ser por suas diferenças em relação às salas dos hospitais, das psicoterapias, dos psiquiatras e dos psicanalistas. A sala de terapia ocupacional é, antes de tudo isso, a sala da terapeuta ocupacional. Tudo o que ela vai conter, objetiva e subjetivamente, para constituir-se em setting terapêutico, depende da profissional e de suas características pessoais.

Para organizar esta sala de tal forma que ela se constitua num autêntico setting específico da terapia ocupacional, podemos começar usando como exemplo o que Winnicott estabelece como função desse setting para pacientes psicóticos. Winnicott está, como psicanalista, trabalhando com psicóticos. É por isso que o uso como exemplo e não como modelo. Segundo ele, o setting analítico, para o paciente psicótico, é a soma de todos os detalhes do manejo terapêutico. Ele enfatiza como parte desse setting tanto o comportamento do analista como o uso particular - isto é,

diferente daqueles dos pacientes neuróticos - que os pacientes psicóticos farão dos objetos e do local onde a análise ocorre.

A sala de terapia ocupacional deve ser, então, um local que possibilite o desenvolvimento de múltiplas atividades. Esse espaço também sofre a influência das características pessoais e profissionais de quem as coordena. Por fim, aquele que chega acabará por usar isso tudo à sua maneira e necessidade. Tudo isto diz de um ambiente preparado para receber alguém de passagem e que esperamos que daí possa levar muito. Nesse espaço já sabemos que há uma, pelo menos uma, terapeuta ocupacional preparada para usar materiais e atividades como propusemos anteriormente. Entretanto, a existência do passageiro, prioritário na composição tríade paciente-terapeuta-atividades, afeta sobremaneira a situação inicial e muitas vezes percebemos que nada do que aí estava resta como segurança ou estabelecido. É preciso, então, ter um lugar para construir e ao mesmo tempo desconstruir; que não dê a perceber que está pronto e nem em que base se sustenta, para que o passageiro possa fazer na sua passagem um lugar seu e onde possa observar o ângulo que busca para fincar sua base. Depois, ao reconhecer essa base como sustentáculo de si próprio, possa com ela partir e fincá-la em outros terrenos.

Estas características do setting da terapia ocupacional fazem-me defini-lo como um espaço internamente aberto para receber e externamente aberto para estimular o partir.

O espaço internamente aberto para receber

Não vejo possibilidade alguma de se ter um espaço para receber se nele não está incluído o que pertence a quem recebe.

Minhas andanças por salas de terapia ocupacional fizeram-me aportar em minha própria casa. Só nela, acabei por perceber o que realmente faltava nos meus antigos consultórios ou nas salas de terapia ocupacional nas instituições onde trabalhei e trabalho: minhas coisas, objetos construídos por mim e usados no dia-a-dia.

Sou aquele tipo de terapeuta que faz junto com os pacientes suas atividades quando sou solicitada ou quando percebo que isso é necessário ou é o melhor para o momento. Mas sou também aquela que faz suas próprias atividades enquanto o paciente faz as suas. Isto, entretanto, não é suficiente para compor, no imaginário do paciente, a terapeuta como pessoa de atividades. O que descobri é que não basta ver o processo, é preciso também conhecer o produto.

Algum tempo atrás o arquiteto-artista Paulo Mendes da Rocha sugeriu que eu colocasse a biblioteca no centro da sala de estar de minha casa. Seu conceito era que a casa deveria mostrar quem são seus moradores. Numa visita sua, minhas andanças entre a sala e a biblioteca deram-lhe a impressão de que esta última era uma parte minha que deveria ser mostrada a todos que lá fossem. Pois bem, foi sem querer, mas hoje, atendendo meus pacientes em minha biblioteca, contendo objetos que eles quase não podem usar - os livros. Alguns não conseguem ler, outros precisam fazer uma seleção tão grande que limitam bastante esse hábito.

É isso, então, estou mostrando um hábito, uma atividade que estou acostumada a praticar. Desde que atendo aqui, todos os pacientes, em algum momento, vasculham essa biblioteca. Nessa atividade, fazem o mesmo que faço com eles: procuram descobrir quem sou, o que sei, pelo que leio, estudo e escrevo. Além disso, como era de se esperar, essa biblioteca começa a ser ambulante.

Mas aqui em casa, o que mais surpreende os pacientes é o uso que faço do que eu mesma fiz. O tapete da sala, a colcha de retalhos, o crochê que enfeita a mesa, o desenho na parede ou a cerâmica na estante. O melhor, para mim e para os pacientes, é uma cozinha farta, à disposição. Juntamos desejos - o meu, de cozinhar, o deles, de comer - e, para completar, esta é a melhor forma que tenho para exercer a maternagem diante de um grande desalento ou desespero.

Quase tenho uma receita diante dessa nova experiência: para mobilizar, é muito mais interessante que a terapeuta ocupacional decore e redecore sua sala com atividades que ela realiza durante as sessões com seus pacientes. Tenho feito isso e tem sido um sucesso a devolução de nossa história através de trilhas associativas: "Você fez isso quando estava comigo, foi no dia em que ..., lembro quando você começou isso, eu estava fazendo ..." Conclusão: se há um lugar onde uma terapeuta ocupacional pode ser livremente modelo é nesse que aí está. Ela é o modelo com o que fez e com aquilo que usa.

Na composição do setting para a terapia ocupacional, é preciso que na sala da terapeuta ocupacional exista espaço para o seu material, sendo que é com ele que ela se apresenta. Material para sua própria realização de atividades. O que aí se acrescenta de material pode-se ir adquirindo conforme a solicitação de cada paciente. Esta é uma boa maneira de introduzi-lo nas compras, nos preços, em escolhas e, fundamentalmente, nas reais possibilidades de realizações.

Tenho por hábito pagar pelo material usado pelos pacientes, sem entretanto rejeitar suas iniciativas de assim proceder, ou de trazer materiais de fora. Tudo é bem recebido e faz parte do projeto terapêutico. Além disso, tudo que o paciente aí realiza é dele, ao final do tratamento, ou depois de ser fotografado, filmando etc. Às vezes, as trilhas associativas são montadas com esses documentos ou pela pura e simples lembrança. Os poucos trabalhos existentes na minha sala, dos pacientes que aqui já passaram, faz parte do acervo de presentes recebidos e são usados de acordo com o meu gosto. Mesmo nas instituições essas características podem ser adaptadas.

O mais interessante, porém, como constituinte deste setting, não são as atividades já realizadas e sim aquelas que estão sendo feitas. De um lado um esboço de mulher, do outro um embrulho de panos molhados sobre a argila, que todos levantam um pouco para saber como está fixado. Logo que começam a saber quem está fazendo isso ou aquilo. Os pacientes julgam, avaliam, elogiam ou criticam, e sempre fazem de mim uma mensageira de palpites e sugestões. Todos, de alguma forma, acabam por se conhecer, se não pessoalmente, pelo que fazem ou pelo que querem fazer saber do que viram, auxiliando na composição de um outro vértice no imaginário através desse setting de construção e trabalho.

Como em qualquer situação onde há realizações, na terapia ocupacional o setting comporta produtos acabados, inacabados, abandonados, destruídos, resgatados, trazidos de fora, presenteados e muito mais, com a finalidade de receber

quem lá quer estar, da forma como pode estar. É para isso que é preciso manter um ambiente entre a máxima organização e *laissez-faire*, cabendo atrapalhões e desarticulações, mas também estruturação e desenvolvimento.

O espaço aberto para partir

Costumo brincar com meus pacientes dizendo que o único objeto descartável na nossa terapia sou eu. Desde o contrato terapêutico, afirmo que a terapia ocupacional é uma passagem e dessa forma é necessário que se mantenha sempre a porta aberta para o exterior.

Durante o processo de tratamento há, na terapia ocupacional, um caminho de dupla mão. Sem dúvida que é a realização de atividades que propicia tal via. Começa pelo que se aprender a fazer e se leva para fora. Um novo know-how. Assim como o que de fora é trazido para, no nosso setting, ser constituído ou resgatado.

Depois, sair com o paciente é uma atividade de rotina, limitada apenas pelo contexto de organização. Assim sendo, atividades em sociedade estão presentes nesta terapia ocupacional. Há, ainda, a entrada de pessoas, como familiares e amigos que podem ser solicitados, convidados, tanto para estar em sessões conosco, como através de sessões criadas para eles, onde eu e o paciente ficamos disponíveis para conversar, buscar soluções e orientações. É fato também que muitas vezes o paciente não pode ou não quer estar junto, mas ele sabe ao menos que atividades serão discutidas nesse momento. Pode-se, assim, conhecer a namorada, visitar a escola, falar com professores ou com o patrão. Que dirá, então, com os outros membros da equipe profissional que se ocupam dele?

Esta terapia ocupacional é aberta para o de fora e o de dentro, e o que regula essa abertura são os limites contextualmente discutidos na relação terapêutica. Desta forma, posso dizer que não gosto de discutir terapia na rua, mas que também não quero ser a namorada. (Este é um pressuposto importante quando acompanhamos pacientes em atividades sociais. Ver capítulo 4, tópico *Significando Atividades*, neste trabalho) Entrar e sair é o fluxo de um jogo dinâmico, que ao seu término deixa como herança uma história contada pelas atividades que podem ficar para sempre enfeitando paredes, assoalhos, mesas, enfim, a vida do construtor.

Depois de ter apresentado e definido as atividades, a terapeuta ocupacional e seu setting, está na hora de mostrar como funciona a terapia ocupacional dinâmica.

PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS

PROCEDENDO

Nos capítulos anteriores defini os instrumentos e caracterizei os elementos que compõem a terapia ocupacional. A partir de uma posição empírica, baseada na experiência clínica e, portanto, bastante pessoal, delimito os espaços para as atividades, a terapeuta ocupacional e seu setting.

Pude também apontar que, genericamente, considero que a Terapia Ocupacional se propõe a promover o equilíbrio entre fatores psicológicos, físicos e sociais, sendo estes alvo e resultado para a inserção social de indivíduos com problemas nesta área.

Na prática existem tantas terapias ocupacionais quanto são os terapeutas ocupacionais. Bertolote (1993) acredita que isso vai mais além: "As intervenções são específicas, devem ter especificidade. A intervenção que não tem especificidade, provavelmente não tem utilidade. A Terapia Ocupacional não se encaixa nem na área física, nem na psicológica e nem na social, ela atravessa praticamente todas as três. Na Saúde Mental aquilo que diz respeito a atividade física tem pouca importância, tem mais interesse histórico, é muito restrito. O que os terapeutas ocupacionais fazem, afinal de contas, o que define a Terapia Ocupacional é fundamentalmente a aplicação de técnicas psicoterápicas e de técnicas de intervenção social com uma finalidade muito específica e utilizando um elemento fundamental que é a atividade. Portanto, eu vejo como bastante legítima a intervenção de terapeutas ocupacionais e faço aquela distinção bem nítida entre intervenção de terapeutas ocupacionais com Terapia Ocupacional. Terapia Ocupacional é um campo tão vasto quanto Saúde Mental, várias categorias profissionais podem fazê-la nesse sentido amplo. A utilização de uma técnica específica, um instrumental e um referencial teórico específico, é tão particular em Terapia Ocupacional quanto a intervenção de um médico que utiliza um referencial teórico." (98)

Penso que nesse texto Bertolote introduz a questão já discutida por mim entre a profissão Terapia Ocupacional e a técnica terapia ocupacional. Ao considerar a Terapia Ocupacional um campo específico e técnico, ele abre espaço para que diferentes profissionais dela se utilizem. Neste sentido, pode-se dizer que as terapias ocupacionais podem ser ainda mais numerosas do que são hoje em dia.

Fazendo um parêntesis, quero comentar uma importante posição de Bertolote que muito colabora com meus propósitos. Para ele (e com minha total concordância) a Terapia Ocupacional atravessa as áreas física, psicológica e social para a criação de intervenções. De fato, como ele diz, em Saúde Mental a área física pode parecer ter menos importância, mas creio que é porque deve ser abordada de maneira particular e não só na forma de reabilitação física.

Este mesmo parêntesis acaba por possibilitar-me introduzir as especificidades na área de Saúde Mental. Se levarmos em consideração a particularidade da clínica da Terapia Ocupacional nesta área posso concordar com Bertolote que, neste aspecto, existem várias terapias ocupacionais. Colaborando, entretanto, com ele, no sentido de especificidade, levanto a questão de como diferentes profissionais podem fazê-la? Será que não há, aí, uma confusão entre o uso de atividades entre diferentes formas de terapia e o da própria Terapia Ocupacional?

Como já discuti no capítulo *A Terapeuta Ocupacional*, considero de antemão que uma teoria, um método, e mesmo sua técnica, sempre são capazes de portar elementos preciosos para a clínica. E isto não está limitado ao universo do estudo da psique. Para a terapia ocupacional em Saúde Mental são aportes teóricos de diferentes áreas que fortalecem seus pilares técnicos. São eles que permitirão a invenção, criação e sedimentação das técnicas e que, mais tarde, permitirão estudos epistemológicos da Terapia Ocupacional. Mas estes não parecem ter o tipo de amplitude proposto por Bertolote. Considero o uso de atividades como algo aberto a todos os profissionais, de acordo com os pressupostos teóricos e técnicos ditados por suas especialidades. No entanto, espero que as muitas terapias ocupacionais sejam inventadas e orientadas por terapeutas ocupacionais.

Neste capítulo, portanto, o foco deve ser estreitado porque tratarei de apresentar os procedimentos técnicos de intervenção da terapia ocupacional em Saúde Mental sustentados e orientados por campo teórico delimitado. Para apresentá-los percebo que um antigo fantasma, uma velha preocupação, ressurgiu com força. Minha linguagem clínica pode criar obstáculos para a demonstração do que existe de genérico nas estruturas prontas e já experimentadas por mim na clínica. Tomo então o cuidado de neste capítulo apresentar essas soluções, que de início são de ordem prática, tanto através das elaborações teóricas que as determinam, quanto demonstrando como e quais surgiram da própria prática. No capítulo posterior, as soluções serão demonstradas através da apresentação de situações clínicas. Além disso, os estudos clínicos terão a proposição de mostrar os resultados dessa forma de intervenção.

Espero conseguir que a apresentação dos procedimentos contenha uma estrutura ao menos suficiente para que possa ter utilidade em diferentes situações onde a clínica da terapia ocupacional ocorra, ou seja, onde se torne possível haver alguma generalização.

PROCEDENDO EM TERAPIA OCUPACIONAL DINÂMICA

Gentil (1993) escreveu: "Esta década deverá nos brindar com o resgate da psicodinâmica pela Psiquiatria e pelas ciências do comportamento. Isso não significa voltar à 'Psiquiatria Dinâmica' de Alexander, que pouco nos trouxe. Entre as principais fronteiras e desafios desta década está a formulação de modelos neuropsicológicos para os transtornos do humor. Outra é a compreensão e o esclarecimento dos mecanismos subjacentes aos transtornos 'históricos' e de 'personalidade'. A psicodinâmica deverá contribuir muito nessas áreas, e seus aportes deverão ser integrados com outras informações sobre as bases e o desenvolvimento da personalidade. De fato, não podemos prescindir do que de essencial, sólido e consistente se descobriu neste século de abordagem psicodinâmica. A Psiquiatria, a Psicologia, a Etologia e as demais neurociências deverão reconhecer, interagir, assimilar e integrar o que há de válido, por exemplo, na Psicanálise. Para isso, é necessária uma depuração do enorme volume de cogitações e observações acumuladas. Isso deverá ser feito por pessoas intelectualmente preparadas e honestas. As doenças mentais são problemas graves, incapacitantes. A Psiquiatria amadureceu e tem crítica. Não pode mais haver espaço para a mistificação nesse campo." (99)

Gentil, no seu texto, chama a atenção daqueles que se opõem emocionalmente a um saber reconhecido e assim, na minha avaliação, abre espaço para a construção de uma terapia ocupacional dinâmica. Ela é dinâmica, em primeiro lugar, porque se baseia na exploração do movimento processual existente em qualquer técnica de realização de atividades e ao qual denominei de dinâmica de realização de atividades (pág.23 desta tese). Em segundo lugar, por fundamentar dinamicamente a relação que se estabelece entre seus três elementos fundamentais: paciente-terapeuta-atividades. Uma dinâmica subsidiada pela realidade externa no aprender e apreender, através da experiência e da compreensão da realidade interna, as ocorrências intrapsiquiátricas que são desencadeadas e trabalhadas dinamicamente nessa relação.

Para chegar a esta conclusão, houve uma história, aliás bastante longa e rica. Em primeiro lugar há o constante estudo da psicanálise. Em segundo o estudo crítico da aplicabilidade da psicanálise na Terapia Ocupacional, como propuseram Wittikower (1958), o casal Azima (1961), o casal Fidler (1963), Tosquelles (1987), Sivadon (1962) e tantos outros já apresentados por mim na dissertação de mestrado e que agora encontram-se no livro *Trilhas Associativas* (1991).

O problema é justamente a aplicabilidade da psicanálise. Havia nesses autores uma tentativa que chamo de "papel de seda". Num papel de seda desenhavam os principais conceitos da psicanálise e noutro as técnicas do uso das atividades. Quando esses dois mapas eram colocados um sobre o outro, onde houvesse algo que parecia corresponder à área do outro, propunha-se então o uso das atividades de acordo com o modelo conceitual psicanalítico aparente.

Foi assim que os Fidlers trabalharam com o conceito de objeto da psicanálise, transpondo-o simplesmente ao conceito, ou melhor, ao objeto-coisa-produto de atividades em terapia ocupacional. Da mesma forma todos esses autores encontraram nos desenhos, pinturas e esculturas de seus pacientes a representação dos símbolos

oníricos, sem nunca explicar, entretanto, como faziam a passagem do sonho à obra. Tosquelles diz que a ergoterapeuta deve sempre promover a transferência positiva entre o paciente e seu psicoterapeuta ou psiquiatra, mas nunca demonstrou como aquele profissional descobre a transferência, seja ela qual for, numa situação ergoterápica.

Da forma como está colocada a questão, parece que minha intenção é não deixar pedra sobre pedra. Mas não é bem assim. Tentar talhar e recolocar pedras é minha homenagem a eles. Se não fossem eles eu não poderia estar aqui. Creio, entretanto, que a tentativa de aplicabilidade da psicanálise na terapia ocupacional construiu um espaço estreito. Talvez esta seja também a crítica de Gentil a Alexander.

Usar a psicanálise não é transportá-la como um bloco de um lugar a outro. É preciso manter a personalidade, o caráter estrutural da área de saber que dela empresta a teoria. Na Terapia Ocupacional, em toda ela, há o caráter da realidade externa, da experiência, da prática, da produção etc., que a especifica. Ela é o objeto oposto à psicanálise, que tem seu campo teórico, metodológico e técnico inteiramente voltado à realidade interna, isto é, ao intrapsíquico.

Para definir a terapia ocupacional dinâmica há um empréstimo feito de Freud quando ele qualifica o inconsciente de dinâmico. Quando alguém, então, se utiliza da dinâmica de uma técnica para fazer uma atividade, sem dúvida estará se utilizando também da dinâmica intrapsíquica. Isto não seria possível com uma máquina de costura. Ela só borda para a frente. Se eu quiser bordar para trás terei de levantar o dispositivo posterior à agulha que me permite isso. Há necessidade de um *dispositivo* humano para que aconteça a mudança. No homem, esse dispositivo é interno e regido pelo que Freud caracteriza de "dualismo pulsional" (100). Não é só por causa deles que os atos acontecem, mas tudo tem seu início justamente nesse ponto.

A terapia ocupacional dinâmica é caracterizada, então, pela observação, elaboração e intervenção sobre a dinâmica que se estabelece entre a realidade externa e a interna, numa relação composta pelos elementos terapeuta-paciente-atividades. Nesse espaço assim definido é que as teorias psicológicas, psiquiátricas, sociológicas e outras, compõem o universo básico para a construção do acervo técnico da terapia ocupacional dinâmica.

CAMINHANDO ENTRE REALIDADES

Em 1984 escrevi: "Na terapia ocupacional temos sido o objeto e o veículo de um vínculo que ocorre através do que está sendo produzido. A compreensão, a informação e a interpretação da produção artística levam em conta, principalmente, o acontecer de uma relação simbiótica. Nosso trabalho geralmente se inicia com informações que passamos ao doente, dando a ele o primeiro degrau para a recomposição de sua história. Muitas vezes somos os objetos que ficam entre o paciente e sua atividade; outras vezes usamos, como Winnicott, a atividade como fenômeno transicional." (101)

Analisando hoje esta colocação percebo claramente sua inconsistência pela junção ou justaposição de retalhos teóricos mal costurados, que deixam buracos na fundamentação. Basta que se coloque a questão de como uma atividade passa a ser parte dos fenômenos transicionais para expor a mera justaposição de conceitos. Será que uma pintura pode chegar a caracterizar-se como o ursinho winnicottiano?

Bourdin (1988) afirma o seguinte: "O paciente psicótico não reconhece a realidade exterior como distinta da realidade interior; assim, devemos servir de ponte e não estarmos reduzidos a um feixe de projeções, utilizando as realidades mediadoras definidas por Philippe Paumelle como 'objetos que têm as características fundamentais não estando, apenas, reduzidos a seu significado projetivo, mas também utilizados para o conhecimento próprio'." (102) Ao definir o psicótico, Bourdin estabelece como área de atuação para a terapeuta ocupacional o intermédio concreto "à parte" entre a realidade interna e a externa.

Já Legros (1988) garante o seguinte: "A mediação de uma atividade pode tornar possível a relação, na medida em que ela lhe dá um sentido específico. Ela se inscreve no registro do concreto, dos objetos, do controlável, do dominável. (...) Relação de trabalho, no sentido real do termo, mas também no psicológico, uma vez que todo o ateliê poderá ser depositário dos conflitos que preocupam o paciente." (103)

Reverendo conceitos em Winnicott (1975): "Introduzi os termos 'objetos transicionais' e 'fenômenos transicionais' para designar a área intermediária de experiência entre o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a atividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário da dívida e o reconhecimento desta (Diga: bigado)." Mais adiante ele afirma: "O objeto transicional jamais está sob controle mágico, como o objeto interno, nem tampouco fora de controle, como a mãe real." E complementa: "Os objetos transicionais e os fenômenos transicionais pertencem ao domínio da ilusão, que está na base do início da experiência... Não é o objeto, naturalmente, que é transicional. Ele representa a transição do bebê de um estado em que este está fundido com a mãe, para um estado que está em relação com ela como algo externo e separado." A possibilidade da ocorrência dessa transição está diretamente ligada a uma confiança que a criança adquire baseada na experiência cultural. Essa experiência é considerada por Winnicott como derivada da brincadeira.

Winnicott conceitua esse espaço de transição como: "Localizar essa importante área de experiência no espaço potencial existente entre o indivíduo e o meio ambiente, aquilo que de início tanto une quanto separa o bebê e a mãe, quando o amor desta, demonstrado ou tornando-se manifesto, como fidedignidade humana, na realidade fornece ao bebê sentimento de confiança no fator emocional."(104)

É preciso que se entenda em que lugar e com quais características Winnicott conceitua esses fenômenos. Passemos a palavra agora a Luz (1992): "Desde a formulação, em 1951, do conceito de objetos ou fenômenos transicionais até a integração deste conceito em uma teoria do *playing*, em 1971, o autor procura caracterizar o lugar onde se dá o processo de emergência simultânea do sujeito e do mundo entendido como ambiente cultural compartilhado. Esse lugar é o espaço, ao mesmo tempo psíquico e real, no qual uma atividade - a brincadeira, o jogo, sem regras - pode introduzir-se, caso as condições sejam favoráveis. O jogo sem regras

(*playing* por oposição a *game*) não tem nenhum objetivo e não se define no registro pulsional da relação do objeto." (105) No jogo terapêutico de Winnicott várias áreas de jogo do terapeuta e paciente se superpõem. O uso de objetos reais nesse contexto de jogo na transicionalidade, movimenta-se para a criação. O passar pela experiência desse jogo sem regras, constitui o princípio de singularização, da diferença de variabilidade e não de adequação, integração ou socialização.

Num primeiro momento é preciso que tomemos cuidado, então, para não confundir a existência do espaço potencial, de Winnicott, por onde se movimentam também objetos do real, com a realidade das atividades construídas na terapia ocupacional. No seu todo, como nos diz Legros, essas atividades são concretas e, portanto, promovem a dualidade entre este mundo interno e o mundo externo, mantendo o que Winnicott denomina como "fixidez desses dois mundos".

Voltemos a Winnicott (1975): "Chama-se a atenção para o fato de que esse espaço potencial é fator altamente variável (de indivíduo para indivíduo), ao passo que as duas outras localizações - a realidade pessoal ou psíquica, e o mundo real - são relativamente constantes, uma delas sendo determinada biologicamente, e a outra propriedade comum." (106) Na terapia ocupacional as atividades, localizadas nos espaços da realidade pessoal e do mundo real, têm como primeira função intermediar a relação entre estes mundos e como última função a sociabilidade propriamente dita.

No jogo da terapia ocupacional, na medida em que existem regras também psicoeducacionais para realizações e construções, na realidade não privilegia a deposição de conflitos, mas procura dar ênfase no trabalho dos conflitos gerados por esse contexto. Há, então, uma grande mobilização afetiva tanto para se conseguir uma adaptabilidade, como uma sociabilidade. Defini essa área de jogo desta forma (1991): "Para a Terapia Ocupacional essa proposta lúdica, que vejo como estar rodeada por, em volta de, circunvizinha de, se mostra como uma forma de aprender o real, permite a articulação da relação terapeuta-paciente-atividades."

A relação de ensinar, aprender, construir, inventar, criar, propiciada no fazer partilhado, abre espaço para a ocorrência de uma experiência individual prazerosa, desde que acreditemos, conforme Oury (1987) que a "catástrofe existencial" do psicótico causa um extremo sofrimento. Neste lugar também é instaurado o jogo de superposições das duas áreas lúdicas, a da terapeuta e a do paciente. Nesse jogo o papel da terapeuta é ativo, crítico e responsivo, tratando de concretamente reformular com o paciente sua inatividade e descrença. De início há que introduzi-lo neste estranho laboratório onde fatos da vida são vividos de forma diferente.

Sobre este assunto, escrevi em 1991: "Em primeiro lugar, as atividades vistas como possibilidade de manter a realidade externa, isto é, de ampliar o campo da consciência, assim o são por propiciar o autoconhecimento e, conseqüentemente, o de fazer-se conhecer. Tal proposta abarca o apreender para aprender, incluindo também o caráter afetivo da aprendizagem na Terapia Ocupacional." (107)

Ao trabalharmos com psicóticos nossa função é justamente a de instaurar o jogo. E é um jogo que temos de iniciar com a regra fundamental de fazer atividades. O paciente psicótico não possui esta zona intermediária instaurada, nele existe a cisão entre realidade interna e realidade externa, sendo que na maior parte deles, paradoxalmente, a realidade interna parece invadir totalmente a externa. É o próprio

Winnicott (1988) que afirma: "No caso extremo de clivagem, a vida interior secreta contém muito pouco que tenha sido derivado da realidade externa e é verdadeiramente incomunicável." (108)

Creio que a terapeuta ocupacional e as atividades realizadas são usadas pelos pacientes psicóticos como fenômenos afetivos, de certa forma alucinados, ora fazendo parte da realidade externa, ora da realidade interna. Há um tempo e um espaço a serem vividos, experimentados, na realidade, para que a essência dese jogo seja plenamente alcançada. Num jogo onde terapeuta ocupacional e as atividades promovem experiências reais que deixarão marcas na psique. Depois dessas marcas, podemos começar a perceber a ocorrência de fenômenos transicionais. Certo tempo atrás um paciente me disse, enquanto costurava uma bolsa de couro: "Se Jesus foi marceneiro, eu posso muito bem ser coureiro."

Sem dúvida essa atividade está vagando numa zona intermediária onde foi criada uma situação singular de posse da atividade, onde também encontramos a estruturação de uma defesa à ansiedade de não ter profissão. No caso desse paciente, uma ansiedade do tipo depressivo. Segundo Bloise (1993): "Mas a mediação só pode ser considerada dessa forma dentro de uma transferência positiva, ou nas situações em que o imaginário é favorável ao recebimento do mesmo." (109)

Aproveitando essa afirmativa de Bloise introduzo o tema da transferência na terapia ocupacional.

PROCEDENDO NA TRANSFERÊNCIA

Iniciando na primeira pessoa (1993): "Esta psicoterapia é fundamentada pela relação triádica entre paciente-terapeuta-atividade. Não há possibilidade de trabalhar com partes; portanto, uma boa mistura assim o é quando subsidiada pelo campo transferencial." (140)

Vejam como até ontem a terapia ocupacional era uma psicoterapia. Mas isto não me importa, uma vez que acredito que ela contém também o caráter psicoterápico e é por isso mesmo que a subsidio pelo campo transferencial. Não creio, entretanto, que exista uma posição psicanalítica sobre a transferência que possa ser simplesmente *transferida* para a posição da terapia ocupacional.

Na terapia ocupacional, como princípio, existe uma terapeuta ocupacional que deve manter um campo propício para a realização de atividades. Nele encontramos materiais, instrumentos e objetos que fazem parte do cotidiano das pessoas (fogão, pia, linhas e agulhas, papéis e tintas, máquinas domésticas e profissionais, instrumentos musicais e outros) e, sobretudo, quase nada de neutralidade. Uma situação onde o falar é tomado como uma atividade a mais e, por estar comprometido com o fazer, assegura um forte compromisso com a realidade externa. Existe aí um caráter psicoeducacional estabelecido no sentido do apreender e aprender com a experiência. Desta forma, parece que o contexto da terapia ocupacional se aproxima mais da relação do professor-aluno do que da relação analista-paciente.

Vejamos como Mosey (1978) aborda este assunto: "O primeiro e mais importante atributo de um professor é que goste do aluno com o qual está envolvido. Um terapeuta tem obrigação de gostar do seu paciente. Se o terapeuta percebe sentimentos negativos pelo paciente, tem que procurar razões para eles. Muitas vezes, encontrando essas razões, elas podem ser dissolvidas. Em outras, o terapeuta tem que trabalhar para que se desenvolva um gostar. Isso normalmente é feito através do máximo conhecimento do paciente. Se tudo falhar, pode encaminhá-lo para outro terapeuta. Caso isso não possa ser feito, a terapeuta deve demonstrar aberta e honestamente esses sentimentos ao seu paciente. É ingenuidade tentar esconder esse tipo de acontecimento do paciente: ele sempre pode *captar* esse sentimento negativo. Um bom professor sempre se mantém no papel de professor. Um terapeuta nunca age como mãe, amigo ou irmão mais velho. Isso é importante que um terapeuta lembre. O paciente às vezes age como se a terapeuta fosse alguém significativo da família. O terapeuta pode inadvertidamente assumir o papel que o paciente espera. Por exemplo, o pai de Jim sempre lhe fez exigências, porém abandonara tais exigências posteriormente. Através de *dicas* sutis Jim mostrou esperar a mesma atitude da terapeuta. Se ela atendesse essa expectativa, sairia de seu papel para assumir o papel do pai de Jim. O tratamento sofreria uma descontinuidade. Ambos estariam vivendo um *replay* da vida familiar do paciente.

No jargão psicanalítico, o paciente mostra transferência se ele age como se a terapeuta fosse uma pessoa importante para ele. Ela, então, apresenta uma contratransferência. Na terapia psicanalítica a transferência é encorajada e usada para explorar eventos passados. Nas atividades terapêuticas, porém, a transferência não é utilizada, pois não há necessidade de exploração de eventos passados. Se isso ocorrer, a terapeuta deve salientar ao paciente que suas expectativas não são apropriadas para a situação. Outros meios de relacionamento com a terapeuta são encorajados e sugeridos. Uma boa forma de minimizar a transferência é a terapeuta ser ela mesma. A terapeuta estabelece e mantém a sua identidade. Isso é feito, por exemplo, mostrando ao paciente que sua terapeuta é casada com um professor de inglês, que ela tem duas crianças adolescentes e que mora em tal bairro. Elementos cotidianos da terapeuta são compartilhados com o paciente. Essa apresentação pessoal difere da terapia psicanalítica que encoraja a transferência. Esse tipo de terapeuta não diz nada sobre si mesma e cuida para manter-se pessoalmente neutra. Isto fomenta a transferência porque o paciente, conhecendo um pouco sobre terapia, tende a desenvolver idéias sobre ele que são compatíveis com suas experiências passadas, com pessoas que tiveram importância para ele. Os atos da terapeuta de atividades e da terapeuta de orientação psicanalítica são similares no difícil movimento para impedir a contratransferência. Ela é efetuada pela contínua revisão do que é uma relação com o paciente. Esse revisão é feita quando levantam-se questões como: Estou agindo com este paciente de forma diferente do que usualmente ajo com pacientes em geral? Faço diferentes solicitações ou concessões ou sinto algo diferente sobre este paciente?

Identificar uma interação contratransferencial com um paciente muitas vezes é muito difícil. O terapeuta dirige-se a uma relação contratransferencial inconscientemente, assumindo o papel esperado pelo paciente quase como sendo

natural que ele o assuma. Por causa desse aspecto de formar inadvertidamente a relação contratransferencial, é bastante útil que o terapeuta reveja sua interação com o paciente e com seus colegas de trabalho ou supervisor, ou ambos. Uma outra pessoa que não trabalhe diretamente com o paciente pode ver aspectos da relação terapeuta-paciente que o terapeuta em questão não percebe. Através desse *feedback* o terapeuta pode fazer mudanças em seu comportamento ou em suas idéias a respeito do paciente. Permanecendo no papel de terapeuta, não significa que não possa ser ele mesmo, de ter qualidades, e todos os tipos de relações com os outros são mantidos como parte do seu papel de terapeuta. O terapeuta com papéis de professor, de guia, daquele que ajuda, tem esses papéis integrados em outros aspectos da personalidade. Ser um terapeuta, sem dúvida, em princípio parece algo estranho. Pode-se sentir como um ator disposto a desenvolver o seu papel. Mas o papel torna-se parte do seu eu, vindo a ser uma forma natural e confortável de interação." (111)

Na tarefa de traduzir esse texto acreditei que minhas dificuldades com a língua inglesa seriam insuperáveis, definitivas. Chamei, então, minha professora, que também é tradutora, para que ela revisasse esse e outros textos que foram incluídos nessa tese. Depois da revisão ela disse que a tradução estava correta. Fiquei desesperada: não era erro de tradução. Toda essa longa citação de Mosey é, na verdade, exemplo da má qualidade da formação das terapeutas ocupacionais. Com exceção do que ela diz da busca de um supervisor (espero nunca ser agraciada com tal convite), tudo o mais é marcado pela confusão contextual, além de um profundo desconhecimento de causa.

Mosey não sabe sequer que existe transferência na relação professor-aluno, que Freud, aliás, pôde conceituar a partir da sua ocorrência comum em qualquer relação. Para a psicanálise, no registro de Laplanche-Pontalis (1970): "Foi o encontro das manifestações da transferência, fenômeno cujo aparecimento Freud nunca deixou de sublinhar até que ponto era estranho, que permitiu reconhecer noutras situações a ação da transferência, quer esta se encontre na própria base da relação em causa (hipnose, sugestão), quer nela desempenhe, dentro de limites a apreciar, um papel importante (médico-doente, mas também professor-aluno, diretor de consciência-penitente etc.)"

Na relação professor-aluno há investimentos e aquisições em função do desenvolvimento afetivo-intelectual do aluno, e isto só pode ser objetivado se houver na interação um envolvimento entre os dois. Na relação terapeuta ocupacional-paciente a diferença reside no fato de que se busca o desenvolvimento emocional. Ambas, entretanto, buscam objetivar um desenvolvimento psico-educacional.

Sobre este ângulo da terapia ocupacional não só buscamos como também criamos condições para o aparecimento da transferência, principalmente da transferência definida pela psicanálise como *positiva*. Voltemos à Laplanche-Pontalis (1970): "Freud revela como é a relação do indivíduo com as figuras parentais que é revivida na transferência, designadamente com a ambivalência. Neste sentido, Freud distingue duas transferências: uma positiva e outra negativa, uma transferência de sentimentos ternos e uma transferência de sentimentos hostis." (112) São as manifestações transferenciais positivas, nascidas de uma aliança provida pelo fazer partilhado que estabelece a dependência, dependência esta necessária tanto por parte

da terapeuta ocupacional como no uso do professor, porque dela decorre a produção, a construção e a criação no desenvolvimento psico-educacional.

Com a palavra, Legros (1988): "Uma atividade faz, quase sempre, acontecer uma relação de dependência. Os pacientes que chegam ao atelier são quase sempre limitados nas suas possibilidades pelas desvantagens das suas doenças; por outro lado esta dependência se instaura também pela falta de conhecimento das técnicas das atividades. E, talvez, a evolução desta relação de dependência constitui o sujeito de nossa atuação e nosso projeto terapêutico, onde o objetivo final deverá ser a independência, mesmo que este conceito seja relativizado para cada um." (113)

Se por um lado temos produções concretas através da realização de atividades, por outro podemos perceber os subjetivismos, no sentido da organização e fortalecimento do ego. A partir daí proliferam as manifestações transferenciais. Para mim, o primeiro objetivo do trabalho em terapia ocupacional acontece nesse momento: o aparecimento da transferência. É quando, por exemplo, o paciente desenha uma figura que é parecida com a terapeuta ou que ele diz ser a terapeuta. Neste momento estamos implicadas transferencialmente pelo paciente. Mas não se pode dizer mais nada dessa transferência quando nada foi associado àquela figura.

Sem dúvida a terapeuta tem muito a ver com o *agir* como parte do *dizer* do paciente. Essa presença diz algo, e nesse momento basta que seja reconhecida como tal. Da mesma forma quando o simples resvalar entre mãos que ajudam a construir algo faz com que o paciente abruptamente recue e se afaste. Nesse momento é importante que percebamos o quanto é ilusório pensar na terapia ocupacional apenas como processo de aprendizagem. Nesse campo de atividades brotam as ocorrências afetivas que verdadeiramente levaram o indivíduo a procurar ou a se manter em terapia.

Foram, e ainda são, os estudos da transferência em psicanálise que nos permitiram reconhecer e compreender essas ocorrências. Entretanto, ao enfatizar tanto as situações da realidade externa quanto as da realidade interna, a terapeuta ocupacional ocupa uma posição muito diferente da do analista. Diante de um comportamento e linguagem dispersos, desarticulados e desestruturados, são essas manifestações transferenciais que permitem à terapeuta ocupacional avançar, recuar, limitar e indicar direções no transcurso da terapia. É bom lembrar, porém, que essas manifestações existem também de forma dispersa, desarticulada, ininteligivelmente associada, tanto no agir quanto no falar do paciente psicótico. Desta forma, devem ser tomadas a princípio como informações que abrem espaço para o agir terapêutico. Este é o primeiro movimento para o estabelecimento da comunicação terapeuta-paciente.

Encontramos ainda na psicanálise outros aportes importantes para compor o campo transferencial na terapia ocupacional. Winnicott (1975) aponta claramente alguns deles no texto *A relação das mudanças com o processo terapêutico*: "Aqui surge a questão: como se efetuam essas mudanças na capacidade do paciente? Temos como resposta: não é através da operação da interpretação, a influenciar diretamente o funcionamento do mecanismo psíquico, que elas ocorrem... Neste caso, e em outros semelhantes, descobri que a paciente necessitava de fases de regressão à dependência na transferência, com a conseqüente experiência do pleno efeito da adaptação à necessidade que, de fato, se baseia na capacidade do analista (mãe) em

identificar-se com o paciente (bebê). No decurso desse tipo de experiência há uma quantidade suficiente de fusão com o analista (mãe) para permitir ao paciente viver e relacionar-se sem necessidade de mecanismos identificatórios projetivos e introjeções." (114)

Eis o ponto onde podemos compreender o que já foi discutido no item A *Qualificação* (Capítulo 3) da terapeuta ocupacional. É com Winnicott que podemos rever o conceito de *maternal* de Slagle. Este, que era um traço de personalidade da mulher terapeuta, encontra em Winnicott a proposição de uma *maternagem* baseada no desenvolvimento intrapsíquico. Por um lado, essa maternagem permite uma terapia ocupacional desenvolvida por homens. O único motivo que resta para manter esta tese utilizando-se da sintaxe no feminino é a extrema prevalência de mulheres profissionais. Por outro lado, quando nos propomos a subsidiar o caráter da maternagem da terapia ocupacional pelo conceito de Winnicott, podemos referendar o agir construtor da terapeuta quando este vem impregnado de afeto e de emoções na realização de tarefas partilhadas. Ela e todo seu setting são continentes para a simbiose e a dependência. Para mim, o avanço terapêutico se dá através desses recursos, propiciando o desenvolvimento de idéias associativas e o aparecimento da própria transferência.

Para tanto é preciso que a terapeuta ocupacional tenha bons ouvidos e, principalmente, excelentes olhos para discriminar e reter as informações necessárias, uma vez que acredito que um mal-entendido joga um papel importante na transferência delirante. Quando o paciente fala, ou faz um gesto, ou produz um maneirismo, ou mesmo desenha ou esculpe, há por trás uma multiplicidade de personagens que para permitir intervenções teriam que, antes, ser identificados. Na maior parte das vezes não temos respostas nem para o que é tudo isto, quanto mais para questionar sobre o que se pensa sobre isto. Na cena interior de um resvalar exterior, há uma parte do eu onde um objeto internalizado pode apenas se exprimir através de uma das máscaras, oral, visual ou gestual, de maneira autônoma e independente de todas as outras. Resta, então, uma comunicação turva e surda da transferência. A atitude de espera recuada deve conter um caráter muito ativo para a terapeuta ocupacional, que é o de discriminação e retenção das informações. Há, ainda, um outro vértice da psicanálise que nos subsidia com sucesso. François Perrier, baseado nos pressupostos da psicanálise lacaniana, estudou a intervenção em pacientes esquizofrênicos. Afirmou Perrier (1958): "Diz-se que para realizar a análise de um neurótico o terapeuta se apoiará na parte sã do eu do paciente ou, dito de outra forma, se apoiará na aptidão para usar a dialética e no desejo de verdade do paciente. Muito bem, se permanecermos fiéis às definições propostas, podemos dizer que com o esquizofrênico não encontramos no princípio nem possibilidade de dizer a verdade, nem função de realidade do eu, nem capacidade de transferência. O esquizofrênico se defende de um acordo da verdade, o qual selaria uma relação de reconhecimento entre ele e o terapeuta, então, não pode fazer transferência no sentido habitual do termo." (115)

Perrier reconhece, no entanto, que um esquizofrênico rapidamente estabelece, nos seus moldes, uma relação. Propõe então um tipo de trabalho sobre essa relação inicial através da contratransferência. Ela é vista por ele como instrumento para uma intervenção ativa, onde se busca o contato. É realizada através da atitude do analista

ao projetar seu próprio modo de compreensão e de expressão diante de alguém que apresenta um caráter *oscilante* e sobretudo *desconcertante* das expressões transferenciais.

Esta forma ativa de agir tem a função de dar indiretamente um sentido às indicações provenientes do paciente. É a forma inventada por Perrier para criar o espaço da historicidade para aquele que desconhece sua própria história. Nesse espaço a primeira história será construída na relação terapeuta-paciente. A proposição de Perrier nos encaminha a usufruir da simplicidade do nosso setting, quando podemos construir pequenas marcas simbólicas no psiquismo do paciente através da doação do nosso sentir. Com a intermediação das atividades, então, de forma indireta, ao explicar, ensinar e experimentar; como o jogo e a brincadeira; como realização, destruição, desconstrução e produto; como indicação, sugestão e sobretudo como informação; dizemos do nosso sentir, tomamos partido, mostramos o que somos, formulamos juízos de realidade e de valor.

Induzir ao sentir e ao se relacionar é a melhor forma de manejar o campo transferencial da terapia ocupacional. Nesse lugar, transferência e contratransferência tornam-se elementos do enredo de uma primeira história. Uma história contada em versos, música, pintura, cerâmica, bordado, culinária e outras formas de atividades. Para que essas atividades tomem a forma de uma narrativa é preciso construir sua sintaxe e isto se refere ao nosso tópico seguinte, onde será contada também de maneira histórica o desenvolvimento das *trilhas associativas*.

TRILHANDO ASSOCIAÇÕES

De acordo com minhas observações, o psicótico tem sempre um comportamento extremamente associativo. Tão associativo que chega a associar alhos com bugalhos. Muitas vezes me surpreendi quando um discurso que me parecia coerente era concluído com uma frase do tipo: "Penso tudo isso porque sou Deus." Ou como aquele paciente em plena crise de caráter situacional, mas com sintomas paranóides, que associava seu infortúnio atual a todas as pessoas com que convivia e aos objetos que manipulava. Quanto às atividades, se lhes é perguntado o que é isso, no geral é qualquer coisa que muda a cada momento a serviço dessa associação.

Resnik (1986) aborda esse tema da seguinte forma: "O psicótico, e em particular o esquizofrênico, não pode articular suas idéias, seus sentimentos. Por isso pedir a um psicótico as 'associações livres' equivale a convidá-lo a se dissociar, a se desarticular 'livremente'. O que para um neurótico é uma associação livre, na psicose é um convite à dispersão catastrófica, a uma irreversível capacidade para a 'distração'. O psicótico pensa de forma 'espacial' (E.Minkowski) e como um psicopata dissolve o tempo vivido que resulta num espaço, desvitalizado, mecânico, agindo mais do que experimentando. O pensar psicótico pode ser reconhecido como uma 'psicoterapia do pensar', onde os pensamentos tendem a vagar, a agir, antes de ser um ato de pensar. Assim, um ato de pensar tonar-se um pensar em ato." (116)

Sempre imaginei que a proliferante associação do psicótico poderia ter algum uso na terapia ocupacional. Pensava que se fosse possível conseguir uma maneira de associar os atos de um paciente, isto seria um começo para a organização psíquica. Tinha a idéia de comunicar verbalmente aos pacientes seus atos, fazendo entre eles uma associação e assim poder dizer "seu comportamento é..." Mas isso não deu certo. Nos idos dos anos 80 a noção do pensamento espacial fez com que eu tentasse com meus pacientes o agrupamento e o subagrupamento das atividades realizadas por eles, com as consígnias de juntar os semelhantes, bonitos, diferentes, feios, esquisitos e outros. Como resultado, consegui a primeira formatação técnica para as futuras trilhas associativas.

G., um rapaz muito criativo nas atividades mas que falava pouco e, quando falava, era de uma desconexão desesperadora, estava em terapia comigo há uns três anos. Parte desse tempo eu o atendi no Hospital Dia "A Casa". Um dia ele mesmo propôs revermos seus trabalhos, que foram espalhados pelas paredes, chão e mesa do meu consultório. Pedi a ele que subagrupasse seus trabalhos de acordo com diferentes consígnias, como já citei. Mas G. começou a criar suas próprias consígnias para construir agrupamentos. Ele juntou em primeiro lugar três figuras de mulher. Disse que essas figuras eram as três mulheres de sua vida: fig.I, sua mãe; fig.II, sua tia; e fig.III, sua terapeuta. Disse-me ainda que essas três mulheres do desenho se pareciam muito com o que realmente eram. Ele mesmo se mostrou surpreso por ter conseguido colocar no papel aquilo que via em cada uma de nós.



Figura I:
a mãe

Figura II:
a tia





Figura III:
a Jô

Em seguida ele formou outro subgrupo com outros três trabalhos, comentando que o primeiro era um narigão e que a orelha era um feto que ia nascer (fig.IV). Associou os outros dois entre si (figs.V e VI) dizendo que o primeiro era uma *cabeça-construção* e o segundo uma *cabeça-indústria*. Comentei com ele que a *cabeça-indústria* estava até fabricando gente (ver figura central do desenho no buraco negro da testa). Ele respondeu que eram fantasmas, que por sinal foi o tema para um novo agrupamento de muitos trabalhos, dos quais escolhi dois bastante representativos de toda a série. A fig.VII contém os fantasmas que ele afirma estarem sempre com ele. A fig.VIII, por sua vez, é o *diabo*, que na sua concepção é o verdadeiro fantasma e que por fim ele tinha conseguido pintar.

Figura IV:
o narigão



Figura V:
cabeça-construção

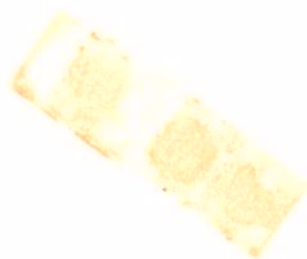


Figura VI: -
cabeça-indústria



Figura VII:
fantasmas

Figura VIII:
o diabo



Em outras sessões continuamos com esse *exercício* e novos agrupamentos foram aparecendo. Uma grande série de cavalos foi associada à força e à masculinidade. Naquele momento, G. estava tomado por uma grande ansiedade. Buscava entre os trabalhos um *garanhão*, um *cavalo forte*. Dizia estar com raiva porque não tinha conseguido fazer um cavalo como queira. Aliás, ele nunca conseguia. Achava que eles se pareciam com burros (fig.IX) ou até com um cavalo baio (fig.X), mas o cavalo que imaginava não tinha conseguido ainda fazer. Nessa fase, procurei ajudá-lo levantando questões referentes às figs. XI, XII e XIII.

Figura IX:
o burro



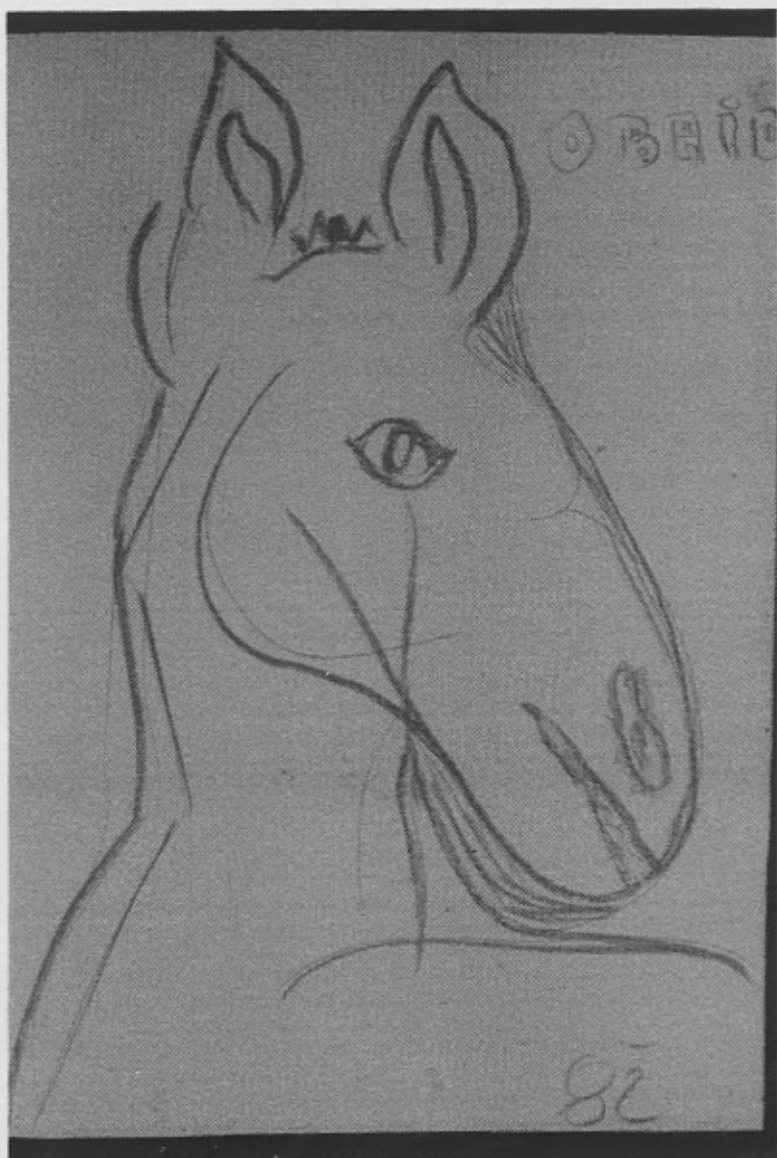


Figura X:
o baio

Figura XI



Figura XII

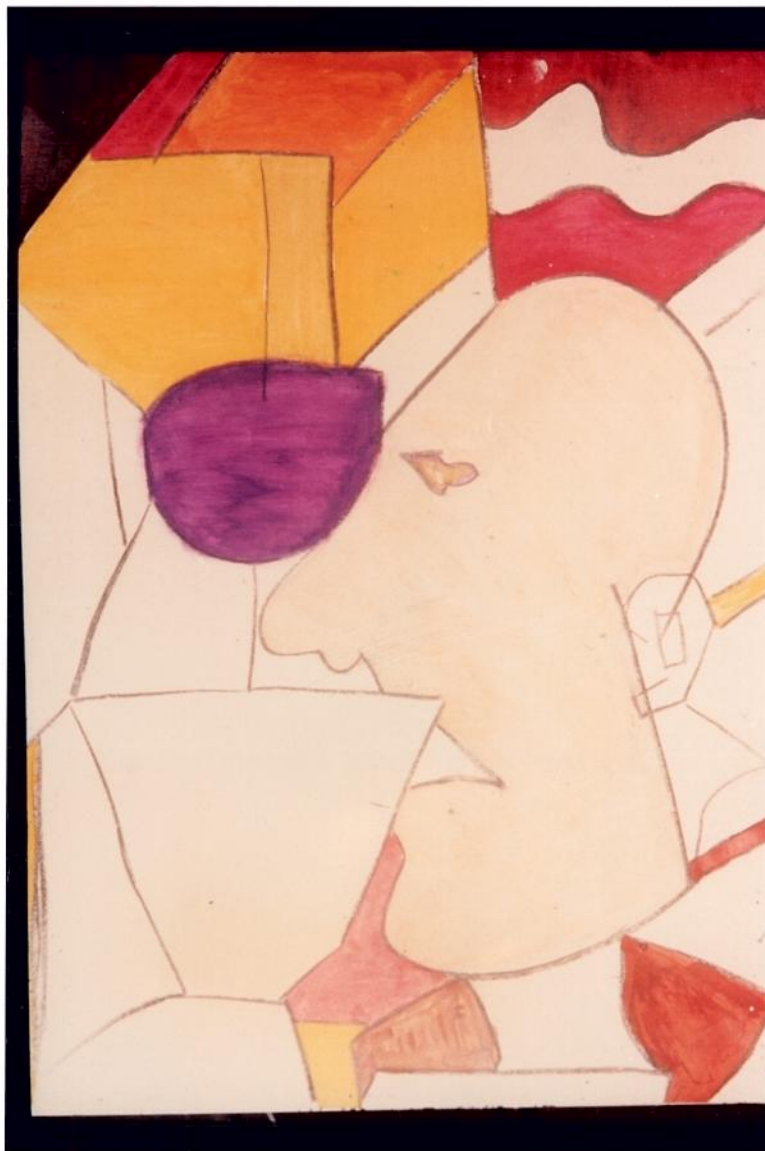




Figura XIII

Disse inicialmente que elas pareciam ter sido feitas com pedaços e em seguida perguntei o que representavam. Ele respondeu apenas que eu havia agrupado figuras que se pareciam. Mais tarde, estudando Claude Olievenstein, descobri que para ele as imagens se formam nos pacientes toxicômanos em forma de caleidoscópio. Nas minhas anotações verifiquei que esses trabalhos de G. foram realizados em períodos distintos onde ele fazia uso de maconha.

Uma outra série foi montada com a minha ajuda. Perguntei a ele se havia tentado desenhar a si próprio em algum desses trabalhos. Ele respondeu que sim, mostrando a fig.XIV. Pedi então que tentasse colocar essa figura junto a outras que pertencessem ao mesmo grupo e o resultado foi o seguinte: fig.IV, fig. XIV, fig.XV (que ele denominou de *corpo completo*) e fig.XVI. Sobre a fig.XVI disse que era o sexo como ele o via e que depois do sexo vinha o feto (fig.IV), que formava um corpo que tinha tudo (fig.XV): homem, mulher, pinto, cabeça, maconha, um rio etc. Depois esse corpo transforma-se em um menino (fig.XIV) "mas ainda não está grande" (sic).

Figura XIV



Figura XV

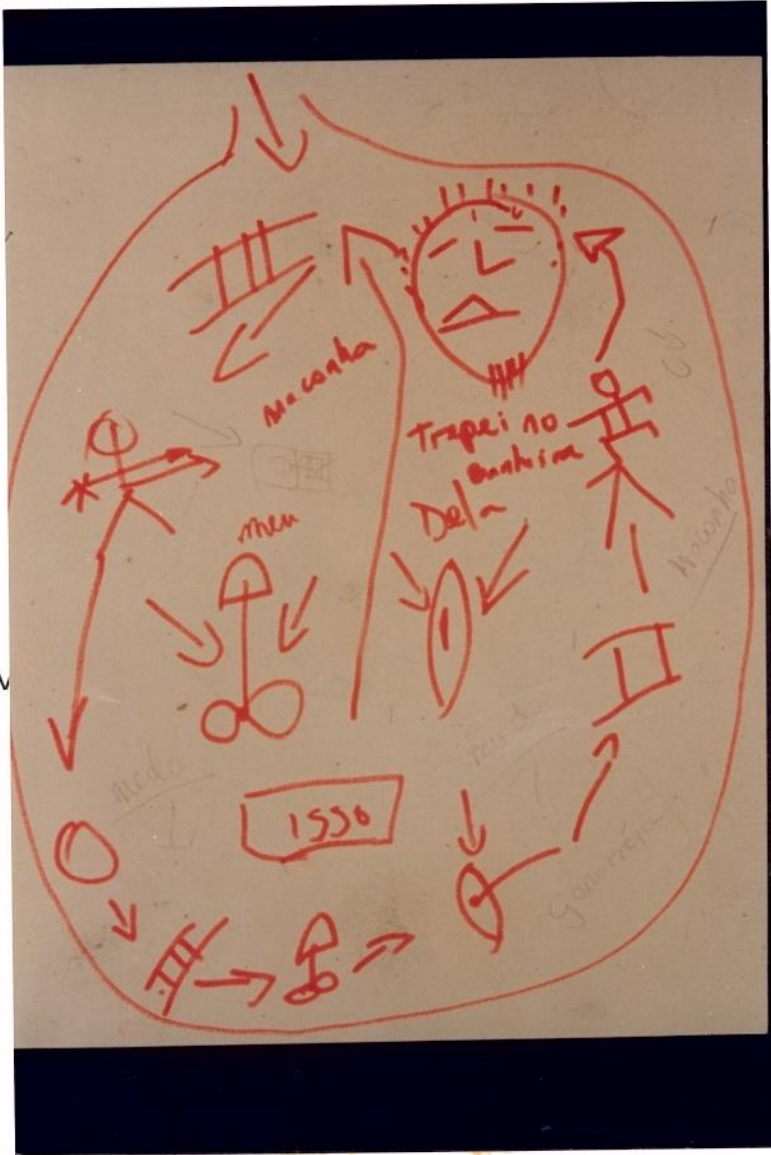




Figura XVI

Perguntei a G. se ele percebeu que o menino tem no lugar do pinto uma espécie de saca-rolhas. Ele respondeu, em primeiro lugar, que aquilo não era um pinto. Fiquei calada e ele disse em seguida que era mesmo esquisito, pois aquele lugar era do pinto. Então, contou-me que trepar era bom, que dava muito prazer mas que também dava muita aflição porque parecia sempre que o pinto ia sumir dentro da vagina, que era escura e infinita. Neste exato momento da terapia seu pai decidiu interrompê-la, como acontece muitas vezes em terapia ocupacional. Segundo as próprias palavras de G., seu psiquiatra achava que ele precisava mesmo era de psicoterapia e havia *convencido* seu pai disso. No período em que fiquei negociando com o pai dele e com o psiquiatra a permanência de G. na terapia ocupacional, ele, já com *certeza* de sua saída, fez um quadro a óleo (fig.XVII) que deixou para mim como um presente de *despedida*.

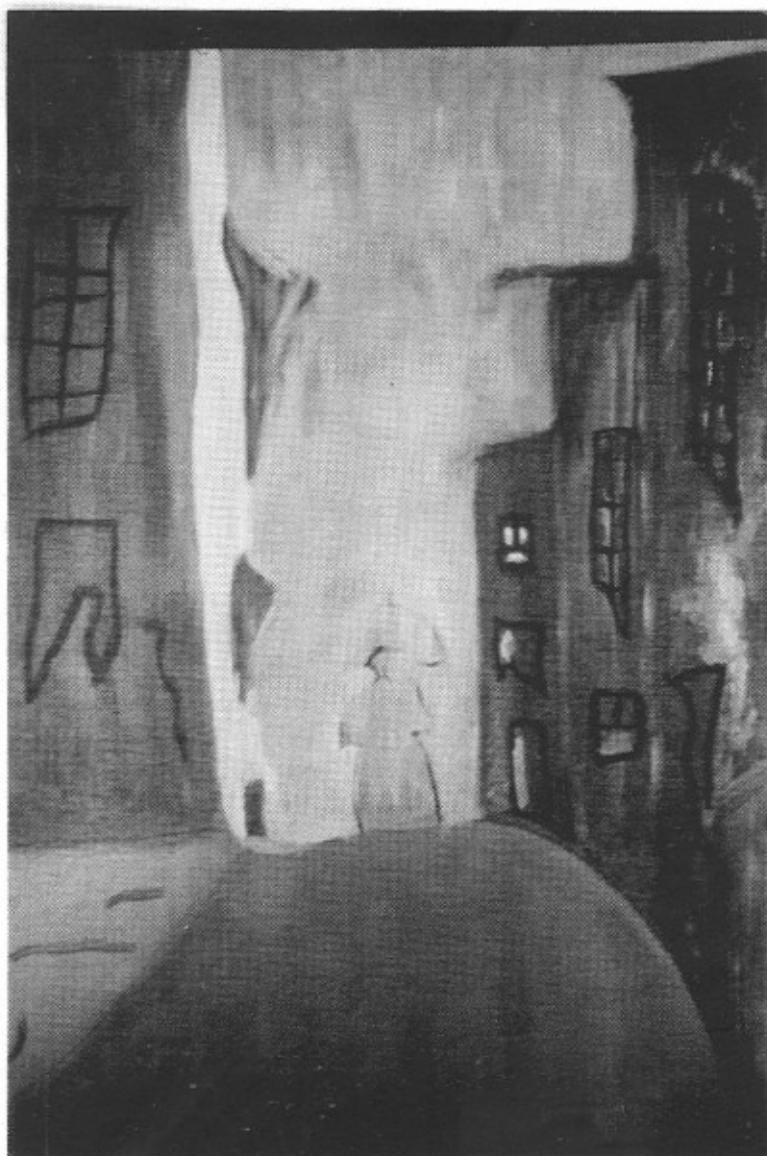


Figura XVII

Ao lado de uma grande tristeza, tive a alegria de ter dado com G. o primeiro passo para a construção técnica das trilhas associativas. Elas foram usadas pela primeira vez no *Caso Sergio*, apresentado primeiramente na minha dissertação de mestrado e posteriormente no livro *Trilhas Associativas*. Lá está escrito o seguinte (1991): “Existe algo a ser feito antes como, por exemplo, um caminho que demonstre a correlação entre fatos, objetos e pessoas. A isto tenho chamado de composição de uma trilha associativa num campo transferencial. Tomando uma série de atividades realizadas pelo paciente, tendo a investigação clínica como base, vamos combinando suas partes que se encaixam. Ao rever esses trabalhos vamos, paciente e eu, 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. Muitas das atividades propostas ao paciente, durante a terapia, assim o são por permitirem a continuidade dessas associações. Assim como se espera que através delas o paciente possa também contar a sua própria história.” (117)

Mirando a construção, no setting da terapia ocupacional, buscamos abrir espaços através das manifestações transferenciais (incluo aqui a contra-transferência no sentido proposto por Perrier) para aprender a fazer ou simplesmente fazer. Além disso, concretamente, acumulamos produtos que vão sendo cuidadosamente guardados em gavetas, armários e estantes. Analogicamente, a terapeuta retém na memória, em anotações, vídeos, fotos e outras formas de registro, as ocorrências subjetivas do processo de realização e/ou organização prática das atividades. Estes são os instrumentos que compõem o acervo informativo de cada caso.

O primeiro passo para a utilização das trilhas associativas é dado a partir da compilação das atividades, das observações e das informações durante o primeiro tempo do processo de realização de atividades. No que diz respeito à compilação das atividades, é importante ressaltar que nada pode ser deixado de lado ou jogado fora, do trabalho esteticamente bem feito aos rabiscos automáticos ou às atividades inacabadas, construídas ou semi-destruídas. Tudo o que se pode guardar ou resgatar da memória como atividade, deve integrar em algum momento o conjunto de realizações do paciente.

Pode-se aqui começar a perceber a importância da capacidade de observar da terapeuta. Como já mencionei anteriormente, é fundamental o olhar perscrutador da terapeuta. A ele acrescenta-se o treino da memória associativa. É esta capacidade que funciona como elemento de ligação das observações de fatos que se repetem, que se diferenciam e se parecem, que são transformados, alterados, completados, das ocorrências transferidas, recusadas, negadas, perseveradas, expostas e escondidas, e que no geral parecem perdidas ou mesmo inexistentes pela aparente proliferação de desarticulações comportamentais.

Para que esse procedimento possa ser levado a cabo iniciamos com o primeiro passo, que é a indicação das atividades.

INDICANDO ATIVIDADES

Está na tradição psiquiátrica o incentivo aos doentes mentais para manterem-se ativos. Penso até que todos os profissionais de Saúde Mental fazem isso porque sabem da importância das atividades para que os pacientes mantenham-se inseridos no mundo real. Bem menos frequente, no entanto, é a indicação da terapia ocupacional, dentro ou fora da instituição psiquiátrica. Mesmo quando esta conta com a presença de uma terapeuta ocupacional, muitos são os pacientes orientados a realizar atividades através de sugestões do psiquiatra, psicoterapeuta, assistente social ou enfermeiro.

Não penso nesta sugestão de atividades como uma orientação inadequada. Penso justamente o contrário, uma vez que concordo com a premissa de manutenção do paciente ativo. Entretanto, sei que na maioria dos casos isso não basta: o doente mental não deixa de fazer coisas porque quer e sim porque não consegue realizá-las,

sendo necessária a existência de alguém que conheça o caminho a ser trilhado para que o paciente supere suas dificuldades.

Para demarcar a diferença entre sugestões e incentivos, de um lado, e um procedimento terapêutico, de outro lado, descrevo a seguir parte um momento de uma história clínica:

Uma paciente com mais de 60 anos chegou ao meu consultório muito deprimida, chorando sem parar durante toda a primeira entrevista. Conseguiu contar-me apenas que estava em análise, que era atendida por um psiquiatra clínico e que a indicação para me procurar partira de seu filho. Este, também em análise, explicou-me mais tarde que a preocupação com a mãe era tão grande que sua analista acabou por sugerir meu nome. Tal preocupação ficou patente quando a paciente, no segundo contato, conseguiu contar-me que há dois anos praticamente não saía da cama e que todos, psicanalista, filhos, parentes e amigos, diziam que ela precisava se *ajudar fazendo alguma coisa*.

O incentivo ou sugestões de atividades eram referenciadas pelo que sempre foi sua participação na sociedade: atividades sociais, passeios, viagens, participação em jogos de salão e cuidados com o corpo. Disse-me também que seu analista, com quem conversei dias depois, estava saindo de férias e que havia concordado que ela ficasse comigo porque assim desenvolveria alguma atividade enquanto ele não estivesse. Foi nesse momento que ela, desesperadamente, solicitou minha ajuda para fazer algo. Ela sabia que tinha de fazer algo.

Perguntei-lhe, então, sobre o fato de ficar tanto tempo na cama. Contou-me quase com entusiasmo como era ficar enrolada no edredon, nos lençóis macios, e falou sobre a tranquilidade e o conforto que sentia. Observei claramente a diferença entre a cama como *não fazer nada* e como um lugar para relaxar e se tranquilizar. Ao final da sessão, disse-lhe que acreditava que poderia ajudá-la a fazer algo mas que para isso era indispensável contar com sua ajuda, ao que ela retrucou que tinha consciência disso, consciência essa adquirida após cerca de 30 anos de análise.

Formulei minha proposta dizendo que, a meu ver, se o ato de ficar *enrolada no edredon* era uma atividade que lhe dava prazer, então era preciso que fosse mantida. Expliquei-lhe que procedia assim porque a manutenção de tal atividade poderia dar-nos tempo e espaço para pensar em outras atividades. E mais: se ela ficasse preocupada, tensa e desesperada por estar na cama, vendo aquilo com os olhos dos outros como se fosse algo ruim, não haveria espaço nem para enxergar através de seus próprios olhos, o que não a levaria em busca de outro tipo de atividade. Disse também que esperava que o tempo prazeroso que passava na cama compensasse o tempo comigo, que poderia se estender um pouco, até o encontro de novas atividades. Por fim, brinquei com ela: seu grande sacrifício, sua ajuda na terapia ocupacional, naquele momento, era sair da cama para ir às sessões e tratar das angústias do *não fazer nada*.

Este foi o início de uma terapia ocupacional muito bem sucedida. Mas o que quero mostrar aqui não é só isso e sim, principalmente, a diferença entre indicar uma sugestão para manter o paciente ativo e indicá-la como procedimento terapêutico. Neste segundo sentido, é comum que tanto na Escola Paulista de Medicina quanto no

consultório, pacientes frequentem por pouco tempo sessões que exigem um tipo de intervenção que é, tão-somente, indicativa de atividades a serem realizadas.

Usando o mesmo exemplo anterior, caso o analista não tivesse permitido a terapia ocupacional, ou mesmo a paciente não quisesse lá permanecer, a orientação seria muito pouco diferente. Provavelmente, teria dito a ela que mesmo não estando em terapia ocupacional, deveria aproveitar o prazer da atividade *ficar na cama*, até o momento em que fazer isso não desse mais prazer. Só depois é que passaria a pensar em algo diferente para fazer. Sei que desta forma também estaria promovendo a criação de espaço e tempo, tão necessários para a redução da angústia e da ansiedade. Quanto a isso, quero deixar claro que os profissionais de saúde e educação podem confiar que uma terapeuta ocupacional sabe fazer indicações e que é o profissional mais indicado para isso. Aliás, o seu tempo todo é dedicado a desenvolver o olhar para desvendar uma real demanda ocupacional.

Recentemente, atendi um senhor que havia tido uma isquemia cerebral e, em consequência, apresentava lapsos de memória atual e uma grande perda na mobilidade física. O homem afável com quem fiz a primeira entrevista foi substituído, na sessão seguinte, por outro de *mãos de ferro, comandante-em-chefe*, detentor por muito tempo da direção econômica e financeira não só de sua família nuclear como também de sua família de origem. Sua mulher, em atendimento conjunto, contou-me que ele havia colocado seus filhos como meros empregados em suas empresas, não lhes dando a chance de assumir posições frente a difíceis problemas familiares ocorridos em consequência da divisão dos bens entre o paciente e seus irmãos.

Mesmo estando doente e com muita dificuldade, o paciente apresentava grande irritação e ansiedade, mostrando-se contrário a qualquer das posições tomadas pelos filhos diante dos problemas familiares. Resolvi, então, chamar os filhos para a próxima sessão. Passados 40 minutos da mesma, depois de todos colocarem seus pontos-de-vista, pude perceber que não seria possível para aquele pai passar o comando da família diretamente para seus filhos. Disse isto a eles, acrescentando que um dia seriam os herdeiros mas que, por enquanto, teriam de buscar outras possibilidades de comando.

A partir deste momento aquele pai foi ficando cada vez menos tenso, chegando até mesmo a sorrir, ao mesmo tempo em que sua mulher, uma modista que ele só deixava costurar para a família, foi se transformando numa autêntica financista, expondo pela primeira vez (como ela mesma afirma) seus *palpites* sobre a direção da economia familiar. Os filhos, agora calados e sem as faces irritadiças, compreenderam a situação. Minha proposta de transferir as atividades de direção dos negócios da família para uma mulher-mãe, muito ponderada e afetiva, foi aceita por unanimidade. O passo seguinte foi uma deliberação: ela, na companhia do marido e dos filhos, se apresentaria frente aos advogados na nova posição de líder para a solução dos litígios existentes. Outras sessões foram realizadas com marido e mulher, colaborando para a estabilização da nova organização das atividades familiares e econômicas.

Este exemplo foi relatado para demonstrar que uma aparente demanda - terapia ocupacional para um deficiente - pode não ter nada a ver com a demanda final construída, não só dele mas de toda uma família. Indo além disso, diria que as atividades, em terapia ocupacional, não existem apenas para serem feitas mas para

serem também conversadas, discutidas, debatidas, orientadas, mudando de lugares, de pessoas e, atenção, inclusive admitindo a possibilidade de não serem feitas. Este pressuposto é fundamental para que se possa, de fato, estabelecer condições para um processo terapêutico e educacional.

Não tenho nenhum interesse político ou necessidade corporativa de estabelecer o uso de atividades, quaisquer que sejam, como prerrogativa da Terapia Ocupacional. Sei que outros profissionais (por exemplo, ludoterapeutas, psicoterapeutas, fonoaudiólogos, professores, psicopedagogos) têm nas atividades um importante instrumento de análise educacional e terapêutica, tanto as atividades que demandem um produto, como as que acabo de citar, como outras que são o próprio produto. Muitos desses profissionais, assim como os psiquiatras, têm sido importantes referências no meu trabalho. Ou seja, o uso de atividades pode até especificar a Terapia Ocupacional mas, seguramente, não lhe é exclusivo.

Durante o processo terapêutico, procuro não ter a priori pressupostos estabelecidos para indicação de uma ou outra atividade para este ou aquele paciente. Isto significa que não é pelo tipo de patologia, por características pré-mórbidas da personalidade, pelas capacidades remanescentes e até mesmo pelos interesses, muitas vezes bastante restritos dos pacientes, que indico atividades.

Em princípio, procuro mobilizar sempre para a experimentação, tão própria para a terapia ocupacional como pressuposto para descobertas e desenvolvimento de diferentes potencialidades. Ao contrário do que vários autores têm proposto sobre uma certa forma de encaixe entre a psicodinâmica do indivíduo e as características das atividades (ambas previamente estudadas para a indicação ou mobilização para a escolha de atividades), procuro descobrir aquela psicodinâmica, incentivar o uso das potencialidades e principalmente deixar que os pacientes escolham um caminho a seguir, pelo que foi bom na experiência e que pode ser tomado como seu a partir daí.

Esse processo é que permite realmente que todo fazer seja capaz de compor o acervo de informações sobre o paciente (com a unilateralidade que uso para esse termo). Assim sendo, as alterações de comportamento, nesse laboratório experimental, estão mais como consequência do indivíduo frente a um trabalho, que da intervenção da terapeuta indicando uma direção a seguir.

Em princípio, então, tudo é experimental, de forma a não colocar palavras na boca do outro para que possa conversar conosco. Porém, quando as informações são trocadas entre paciente e terapeuta, constituindo uma forma particular de comunicação, é necessário que a indicação de atividades seja feita através desse movimento. Essa indicação é então explicada ou referendada no momento dessa troca.

Procedendo assim é possível até que a terapeuta faça exigências sobre a realização de atividades, demonstrando ao paciente que nesse sistema experimental ela tem hipóteses sobre os benefícios de seu desenvolvimento numa ou noutra área de atuação. O que gostaria que ficasse claro nesse tópico é que, mais do que em qualquer outro pressuposto, é no acontecer da terapia ocupacional, na relação terapeuta-paciente, que as indicações ou escolhas de atividades devem encontrar seus significados. Para isso, um campo experimental amplo possibilita criar fatos tanto para o estabelecimento e reconhecimento de um cotidiano próprio ao indivíduo, como para o encontro com o inusitado.

No caso da terapia ocupacional dinâmica, o inusitado pode entrar pela porta do ensinar a fazer atividades.

ENSINANDO ATIVIDADES

Tenho uma verdadeira paixão por ensinar atividades, mas não para todos. Percebo que isto é só para aqueles que aceitam ser mobilizados por mim para o aprender fazendo, para aqueles que ficam ansiosos e que querem modificar, acrescentar e diferenciar. Com isso, esse tema sofre prejuízos que são da ordem da linguagem. Há uma sombra para escrever sobre o ensino das atividades, sombra que só se dissipa quando estou partilhando o fazer. Como já tinha conhecimento dessa dificuldade, deixei no capítulo sobre *Atividades* dois temas em aberto, de tal forma a localizá-los aqui.

Em *Análise de Atividades* vimos como esse laboratório é importante para a aprendizagem de atividades como recurso terapêutico para as terapeutas ocupacionais. Para ensinar, mesmo que elas saibam fazer bem, conheçam suas técnicas e dinâmicas, percebam o que a realização de atividades lhes provocam, isto só não basta, é preciso ainda descobrir na prática um jeito de transmitir esse saber.

Penso que construir uma forma didática de transmitir o fazer é um processo muito individual. A grande questão é como passar uma receita sem escrevê-la ou ditá-la, ou mesmo estabelecendo critérios rígidos para cada etapa de execução. Na realidade, a questão é: como ensinar a fazer sem ficar ditando regras, numa distância como a do professor x aluno ou do empregado x patrão? Para assim proceder é preciso que a terapeuta segure, e muito, suas próprias emoções, e estou falando desde a vontade de sempre ajudar, disfarçando isso como cuidado, ou deixando que a experiência do fazer só crie angústias e irritações.

Neste momento faz-se necessário marcar a diferença entre a maternagem nessa psicoeducação e o materno no ensino pedagógico. Fernández (1994) aborda o tema da seguinte forma: "Em muitos casos, desde as 'formas culturais', o âmbito educativo é considerado como uma extensão do doméstico. E, assim, transforma-se no âmbito público, onde a imagem de feminilidade identifica o ser mulher com o ser mãe. Muitas vezes, a figura de 'professora gritona', tão frequentemente ridicularizada, pode corresponder às causas citadas por Bleichmar para explorar o porquê da 'dona-de-casa mandona'. Cabe a nós, profissionais da Educação, outorgar à nossa tarefa o caráter de profissão prestigiada por si mesma, e não como extensão da tarefa materna, já que, deste modo, perverte-se tanto o papel materno como o docente." (118)

O sucesso do ensinar, através de uma didática que sai do empírico, principalmente levando em consideração que cada caso é um caso, depende muito da maturidade da terapeuta. É preciso ter, para isso, uma boa formação, que para mim inclui um conhecimento profundo da profissão e de si própria, de tal forma que possa desempenhar seu trabalho com arte.

Por mais que nos subsidiemos com teorias, a prática clínica só deve ocorrer quando podemos transformar todo nosso conhecimento na arte de tratar. Em nenhum lugar essa arte é mais imprescindível do que no ensino das atividades. É através desse ensino que as atividades são realizadas e a partir daí é que a terapia ocupacional começa a adquirir sentido. Por isso penso que é neste lugar que se justapõe a arte de fazer da terapeuta ocupacional, fazendo também a mobilização para despertar a criatividade do outro. O outro, paciente na sua própria vida, precisa ser provocado para encontrar uma nova ou melhor forma de viver, em princípio, o dia-a-dia.

Para enriquecer ainda mais a forma de ensinar, no tópico *sobre Arte e Criatividade* contei com um precioso subsídio: a contribuição dos próprios artistas. Os artistas disseram que há uma luta com o material; que mesmo não sabendo o que fazer o trabalho se desenvolve; que se dá forma externa a um saber interno; que tudo se modifica dependendo da luz que incide sobre o trabalho; que a Arte nos conduz à compreensão de nós mesmos e do mundo, por caminhos diferentes da linguagem; que existem tantos caminhos quantas são as experiências vividas. Esta maravilhosa receita fica completa a partir do que podemos saber, também através dos artistas, da semelhança entre procedimentos nas ciências e nas artes (ver capítulo 3).

A arte não está no produto do trabalho do paciente. Aliás, pode até estar, mas o que nos interessa nesse momento é a arte da terapeuta ocupacional. Ensinar e aprender fazendo são características da terapia ocupacional tanto para a terapeuta como para o paciente. É durante o processo de realizações que se pode desenvolver com sucesso os procedimentos terapêuticos já descritos, outros tantos já experimentados e os que estão para ser inventados.

COMPILANDO ATIVIDADES

Apesar de até o presente momento não saber formular teoricamente o fato, há muito tempo penso que a entrada do sujeito no sistema, isto é, na terapia ocupacional, ocorre através das atividades. A princípio é o ato de fazer atividades, mas é também para os atos de discutir, organizar e propor-se às atividades que o nosso empenho inicial se volta. Nesse contexto, temos investido todo o nosso afeto e toda a nossa técnica.

Para que este investimento adquira valor de troca, numa relação terapêutica, é preciso tomar algumas providências. Para que a observação do processo de realização de atividades possa ser computada como informação, deve passar tanto pelo filtro transferencial como pela associação combinada de fatos vistos pela terapeuta ocupacional. Este primeiro momento de coleta de informações é que funda durante o processo de realização de atividades uma comunicação baseada no que denominei (1991) de *código secreto* (119). Dei esse nome porque ele caracteriza-se por se desenvolver tão somente na relação terapeuta-paciente em terapia ocupacional e é absolutamente particular em cada relação. No processo de realização de atividades, cada indivíduo acaba por manter, com uma certa fixidez, uma determinada qualidade

de atitudes, expressões corporais e verbais, gestos, maneirismos e até mesmo sintomas que nos permitem dimensionar uma forma de ser ou estar. Um tempo assim vivido possibilita à terapeuta ocupacional considerar tais comportamentos como uma forma particular de linguagem.

Essa linguagem, calcada basicamente no não verbal, pode ser interpretada pela terapeuta ocupacional. Essa interpretação caracteriza-se fundamentalmente pelo levantamento hipotético de significados que alguns desses comportamentos associados sugerem quando dispostos nas condições acima citadas. Diria que o termo *interpretação* tem aí o sentido de construção de uma argamassã para a reparação das rachaduras das paredes do edifício psíquico, do que ficou vazio, sem sentido, ou com uma quantidade tão grande de significados que nenhum deles faz mais nenhum sentido.

Da forma como abordo a questão, pode parecer que estou falando da construção no sentido freudiano, onde o analista sempre transmite e explica ao seu analisado a construção em curso. No caso da terapia ocupacional, a característica da linguagem que estamos usando não nos permite, a não ser que queiramos passar por mágicos e advinhos, comunicar nossas interpretações. Elas ainda são um instrumento da terapeuta que lhe permite, quando muito, criar espaços para o reassentimento e o fortalecimento de trocas afetivas.

Digamos que depois de algum tempo podemos saber se nos aproximamos ou nos afastamos do paciente, quais atividades ele desempenha com maior satisfação, quais gestos ou expressões têm significados positivos ou negativos. As ações terapêuticas passam a ser baseadas em interpretações hipotéticas levantadas pela terapeuta. Este jogo, ao mesmo tempo terapêutico e investigatório, é que faz da terapia ocupacional uma experiência muito particular.

Segundo Ferrari (1994): "Essas indicações de atividades que o terapeuta faz ao paciente ou para um grupo, ou as intervenções feitas na própria atividade que está sendo realizada, podem ser consideradas ações interpretativas, possuidoras de um valor ou de uma função interpretativa. A partir da leitura, do entendimento ou do mapeamento que o terapeuta faz de um acontecimento individual ou grupal, este pode fazer uma interpretação que não é comunicada de forma tradicional, mas traduzida para o paciente ou para o grupo sob a forma de uma intervenção. Quando a criação ou a vivência de uma cena ou imagem, ou a expressão de algum conteúdo através da atividade se torna impossível, busca-se com uma ação possibilitadora a produção de algum sentido, saída, movimento, ou seja, desobstruir fluxos interrompidos nesse processo. É na validação, por parte do terapeuta, da circulação por alguns aspectos que emergem nesses momentos, que está a tentativa de produzir alguma transformação que permita a entrada do novo. Um árduo trabalho: sugerir, intervir nas atividades, com o cuidado de não compreender apressadamente o que parecia indecifrável; não nomeando, antecipadamente, aquilo que pode se transformar em algum momento num tipo de diálogo, constituído a partir de diferentes códigos comunicacionais ou de diferentes linguagens. O terapeuta deve manter os seus sentidos aguçados e abertos a tudo o que de desconhecido e de fundamentalmente próprio ao psicótico está para ser descoberto, para que, então, uma intervenção possa funcionar como uma ação interpretativa. Essas ações só podem adquirir um sentido

quando o campo terapêutico está instaurado, o vínculo estabelecido. Assim, o terapeuta interpreta e traduz, dentro da história que ele tem do indivíduo e/ou do grupo, ou ainda da ficção que vai construindo, na tentativa de significar produção e produto, à procura de uma nova metáfora." (120)

Estou de pleno acordo com Ferrari quando ela define todo o processo de coleta de informações como um *mapeamento* que a terapeuta realiza. É sem dúvida esse mapeamento que nos permite dar sentido ao acontecido. Entretanto, ela denomina de "ação interpretativa" a resposta que a terapeuta dá ao paciente com a construção interpretativa de suas próprias elaborações. Penso que de fato a conduta da terapeuta pode ser uma ação movida por essa interpretação, mas não tenho certeza que possa ter valor interpretativo para o paciente no sentido da "interpretação comunicada" da psicanálise.

Na psicanálise existem códigos subjacentes estabelecidos e reconhecidos para a construção da interpretação a ser comunicada. Em terapia ocupacional, como procurei mostrar, a construção não é como a arqueologia proposta por Freud, assemelhando-se mais à arquitetura proposta por Eda Tassara. Concretamente, existe um de fora para dentro calcado fortemente na realidade externa, de tal forma a determinar na nossa construção, como na arquitetura, um produto, um edifício. Nossas edificações são construídas para que nelas as histórias aconteçam. Diferente, então, da arqueologia, onde se anda em busca de restos de edificações soterradas e, portanto, históricas. Esse processo em terapia ocupacional resulta em produtos que, na realidade externa, têm utilidade estética e podem até ser Arte, além do que, e sobretudo, sempre são um caminho de construção no campo afetivo.

Ferrari contou-me que seus estudos sobre a questão da ação interpretativa ainda têm muito a caminhar. Enquanto isso, refreando então nossa condição humana de interpretadores, buscamos sentido em laboratórios cuidadosamente montados para a escandalosa parafernália da loucura pelo *design*, pela forma afetivamente associada à funcionalidade.

ATUALIZANDO O PASSADO

Como o pensamento e o agir do paciente psicótico, os seus trabalhos, as nossas observações e o que é possível compilar como informações permanecem num primeiro momento dispersos em vários espaços, mas sempre onde se possa encontrá-los, juntá-los e resgatá-los para que eles, enquanto passado, venham a ser presente.

O momento em que isso pode ocorrer é quando o tempo e o espaço vívidos, no processo terapêutico, começam a fazer sentido. Quando deixam de ser estranhos um lugar, uma pessoa e o fazer. Torna-se quase cotidiano o que cada um qualifica a seu modo: R.(jovem engenheiro): "Aqui a vida acontece." Z.(estudante-adolescente): "Aqui minha vida começa todo dia." H.(senhora-executiva): "Amo vir aqui, mas só crio quando estou bem." É chegado o momento em que podemos trazer o passado, aí mesmo construído, para ser presente. Nosso acervo de informações, colhidas como já foi

descrito, é que nos indica deliberar sobre o tempo e a forma de propor e provocar a investigação desse passado. Mesmo tomando cuidados muitas vezes temos de recuar. Não é chegado o momento de vasculhar, pois o passado colocado à mesa ainda provoca muita ansiedade e um bocado de medo.

Entretanto, há uma estratégia para manter presente esse passado. Diria que pode ser chamada de uma avaliação da produção. Os trabalhos até então realizados pelo paciente são revistos para a escolha dos mais bonitos e mais bem feitos; para se escolher os que servirão de modelo para as próximas atividades; e até mesmo para se escolher os mais feios. Antes de tudo, assim desencadeado, um processo associativo tem a finalidade de mostrar, àquele que para a sociedade não faz nada, o quanto já fez para si mesmo e para o interlocutor que o qualifica. Aqui existe história!

Para Cida Aidar, psicanalista e companheira professora do C.E.T.O., existe uma importante função na qualidade e quantidade de atividades em terapia ocupacional. É justamente pela qualidade e pela quantidade que ela diferencia o ocupar o paciente e o fazer terapia ocupacional. Cida é uma admiradora da qualidade das atividades dos meus pacientes. Não me sinto, entretanto, particularmente elogiada por isso. Tenho em mente que esta é parte de uma tarefa do ser terapeuta ocupacional, onde o que o paciente produz faz parte do sistema complexo de conhecer-se, de desenvolver-se, até o interagir e por aí se mostrar. Para se mostrar, uma boa forma pode ser não diretamente, pelo seu eu sofrido e machucado, mas por coisas que sem querer, quase brincando, num jogo de fazer, resultam numa produção com muitas e diferentes qualidades.

Nesse sistema há que se dar tempo e espaço para períodos de boas e muitas produções, tanto quanto para os períodos de poucas e más produções. Compreendo que no início de um tratamento e em fases diferentes no seu desenvolvimento pode haver pouca quantidade de atividades. Quanto à qualidade, ela tende a se manter ou continuar evoluindo, salvo em situações de agravamento profundo do quadro psiquiátrico. Naquilo que já se adquiriu, a tendência é sempre continuar em progressão. Devemos tomar cuidado, no entanto, para não considerar períodos regressivos em relação à realização de atividades apenas como demonstração de agravamento do quadro clínico. Temos de nos lembrar dos conhecidos *estados de latência* onde qualquer um de nós *dá uma parada para pensar*.

Muitas vezes observei também que a revisão dos trabalhos podia ter sido iniciada antes do momento em que a desencadeei. Na clínica, porém, as coisas são assim mesmo. O que é certo é que há um momento em que isto sempre é possível, por nossa iniciativa ou pela do paciente. No caso de G., descrito anteriormente, foi ele quem pediu para rever os seus trabalhos e ainda reclamou: "Quero saber o que já fiz até aqui. Afinal, só você sabe disso, pois guardou tudo como se fosse seu" (sic). G. tinha razão. Todas as informações de sua vida, da sua relação comigo, seus próprios trabalhos, eram só meus até aquele momento. Eu poderia ter-lhe dito que assim estavam porque ele ainda não os havia reivindicado. Mas não tinha essa certeza. Será que de uma maneira diferente de falar, na forma tão particular que os pacientes psicóticos têm para dizer as coisas, ele já não havia dito e eu não havia percebido que ele queria ver seus trabalhos? Além disso, se ele não havia pedido, agora o estava

fazendo. Não era, então, o momento de falar e sim de ficar calada e abrir espaço para o mostrar.

Mostrar, em primeiro lugar, que tudo estava lá e que podemos juntar o de ontem com o de hoje. Que cada um dos trabalhos tem uma *história* que pode ser recordada com um distanciamento temporal que permite qualificá-los como bons, maus, alegres, tristes e assim por diante. Depois, uma atividade é comparada com outra e com isto formamos subgrupos que nas semelhanças e diferenças servem para compor novas *histórias*.

Nesse processo um novo sistema de valores vai sendo instituído. Cada uma das atividades e o que dela se aprecia ou deprecia são retalhos de uma colcha que se compõe e recompõe de acordo com as combinações inventadas. Associa-se o belo ao angustiante, o que dá medo com as cores, com as formas e com os conteúdos. Essa colcha é costurada com os instrumentos da terapeuta. Com linhas de seda ela costura os retalhos que guardou do processo de realização das atividades com o produto atual. Com as de linho ela alinhava as hipotéticas interpretações que manteve até então guardadas das atividades realizadas, das relatadas, das lembradas, das associadas. Com linhas grossas de algodão ela amarra uma descoberta a outra, do como se faz com o que já está feito. Um chuleio com lã macia prende como arremate um bordado frufu, enfeite brincalhão para as alegrias e frustrações na vida social. Costurar, ligar, atar, associar, inventar, criar, para compor histórias com o próprio sentir e com o sentir do outro. Discriminar para juntar, no jogo do esconde, e assim achar o que é seu, o que é do outro, o que já está feito ou não. Aqui, paciente e terapeuta dizem muito de si através das atividades.

Traduzindo o que gostaria de manter em forma de metáfora, digo que caminhar por *trilhas associativas* implica em manter como objetivo terapêutico o espaço para associações, como num jogo de palavras. O personagem de uma atividade aparece em outra de maneira diferente. Uma colorida é comparada a outra monocromática, e elas podem ser qualificadas como semelhantes. Há outra, estruturada, que aparece como vestimenta de um personagem identificado numa pintura. Quando a terapeuta das atividades identifica onde elas se parecem, pode-lhe ser mostrado onde se encontram as diferenças.

Neste caminho, é também o que nunca foi visto ou pensado, que surpreende, ampliando ainda mais as possibilidades de busca de novas associações. A argamassa construída pela terapeuta, através de interpretações hipotéticas, para segurar tais associações, pode ser testada nesse momento. Ela dá um passo mostrando como interpretou uma sequência de fatos. O passo seguinte é dado pelo paciente, referendando ou reformulando tal interpretação.

Cada canto do paciente pode ser vasculhado pelo que ele associa entre telas, esculturas, tapeçarias e culinária. Em cada um deles vai se dizendo de um querer, gostar, de sua composição, de sua destruição na criação de um projeto sobre o que é melhor, mais bonito, mais fácil, enfim, o melhor possível. Terapeuta e paciente, co-geradores de histórias possíveis, que são desenhadas no contexto das atividades.

Não há receita para se caminhar pelas trilhas associativas. Há, porém, condições imprescindíveis que têm sido relatadas ao longo desta tese. Como consequência desse caminhar temos a história da nossa relação com o paciente. É

essa história que nos permite dar mais passos em direção a outros procedimentos terapêuticos. É preciso lembrar que para a construção arquitetônica deste edifício podemos dizer que os tijolos são construídos pelos pacientes e a argamassa pela terapeuta. Sua posição nesta relação terapêutica busca no campo transferencial de uma ligadura a característica que só pode ser usada depois do tijolo já pronto e de sua posição na construção já definida. Isto quer dizer que a intervenção terapêutica ocorre após a realização das atividades e durante o dizer sobre elas, quando é possível saber que lugar ocupará e/ou ocupa dentro do sistema de significações existente em cada indivíduo. Sei que seria simples escrever tudo que aí está como uma construção egóica, mas isso seria reduzir ao óbvio e, portanto, deixar inútil toda a complexidade dos fatores que dão sentido a essa construção.

SIGNIFICANDO ATIVIDADES

Até agora, quis demonstrar que a terapia ocupacional dinâmica busca significar, busca significados. A expressão mais comum nos compêndios de Terapia Ocupacional é: "Atividade Significativa para o Paciente". Vejamos como isso se apresenta.

Para alguns autores as atividades significativas para o paciente são aquelas que o levarão mais próximo de objetivar seu tratamento. Neste caso existe a prescrição, indicação ou sugestão de atividades pela terapeuta. É bastante comum o uso de tal intervenção, principalmente em abordagens baseadas nos conceitos de teorias comportamentais, cognitivas e da ocupação humana. Nestas formas de abordagens, no geral, são compostas listas de atividades por características consideradas adequadas ou com significados capazes de objetivar um tipo de comportamento, conhecimento ou desenvolvimento ocupacional. Há o sentido de ter significado para uma aprendizagem de habilidades, onde é previsto o escalonamento de atividades por graus crescentes de dificuldades.

Também são atividades significativas aquelas que o paciente escolhe para fazer. Neste sentido, e em última instância, o paciente pode não se dispôr a fazer nada. No caso da abordagem em reabilitação psicossocial, por exemplo, o atendimento pode passar a ter como atividade grupos de conversa e aconselhamento. Como pode ser percebido, o significado das atividades pode até, eventualmente, ser determinado pelo próprio paciente mas, a priori, essa determinação surge a partir da terapeuta ou da equipe promotora da assistência.

Outro aspecto a ser levado em conta é a compreensão de atividades significantes do ponto de vista de terapeutas que se baseiam em teorias psicanalíticas. Para Wittkower e Azima (1956) atividades significativas são aquelas capazes de levar a procedimentos terapêuticos específicos sobre a projeção e a gratificação. Eles afirmam: "A forma visível, não verbal, dos objetos criados, devem servir de pano de fundo ou lugar onde as relações objetais fantasiosas podem ser projetadas."(121) Com um detalhe importante: a gratificação das necessidades originalmente frustradas seriam

objetivadas pela manipulação e confecção de objetos com materiais primitivos, que permitiria a passagem por pontos de fixação da regressão à posterior progressão.

Em Fidler e Fidler (1963), por sua vez, encontramos o seguinte: "Com o objetivo de fazer um uso mais completo das atividades, é necessário saber sobre o potencial das relações objetais do paciente, assim como o significado simbólico dos materiais utilizados e a qualidade emocional da ação exigida." (122) Para eles o significado que uma atividade tem para o paciente, dentro da realidade - se é útil ou bonita, por exemplo -, deve ser complementada pelo que ela desperta e pode ser lida ou compreendida como significante das relações objetais.

Bem mais claro em suas colocações, Sivadon (1962) esclarece para quem a atividade é significativa: "O paciente vai fabricando objetos que têm um valor para si mesmo e um significado para os outros." (123) Os *outros*, no caso, são os terapeutas. Mais recentemente, Mc Garry, Etienne, Bourdin e Legros falam de atividades com significado afetivo-emocional para o paciente. Não fica claro, entretanto, de onde e como esta significação aparece. Às vezes, parece que o significado está depositado nas atividades ou materiais; outras vezes, é dado pela terapeuta. Existe ainda o caso em que é dado pelo paciente quando faz associações verbais entre fatos e atividades.

Escrevi sobre isso (1991): "Em termos gerais, em se tratando de uma situação terapêutica, é necessário que a atividade tenha um significado para o indivíduo. Se nada mais for possível, que pelo menos seja agradável, como dizia Simon (1929), um instrumento para se ir em busca do prazer; se é que esta não deveria ser a nossa primeira preocupação." (124) Ao usar o termo *significado*, não tinha idéia do trabalho que seria desvendar todas as suas implicações. É possível perceber na minha afirmativa que a atividade deve fazer algum sentido para quem a faz e que este sentido é, quase sempre, absolutamente aberto. De forma alguma estava prevendo ou privilegiando o sentido da representação interna ou as qualidades da realidade externa.

As atividades que acabam sendo escolhidas, indicadas e, às vezes, até exigidas em terapia ocupacional devem, obrigatoriamente, emergir de um dado contexto onde exista um tipo de relação contratualmente determinado. Só assim estarão definidas as condições para que seja praticado um jogo aberto e dialético, onde exista clareza de que os participantes do processo estão lá para fazer, e fazer da maneira mais agradável, construtiva e participativa possível. A verdade é que estou falando de coisas simples: "É bom aprender um pouco de tudo para escolher o que mais se gosta! Está difícil? Eu ajudo. Não dá para fazer isso hoje? Bom, talvez amanhã." Esta é a fórmula que se contrapõe à inatividade.

O passo seguinte, visto pelo olhar arguto da terapeuta, é o fazer, como rotina ou por gosto, para chegar na próxima etapa, que é o gostar do que se fez. Sem isto, a libido não está aí, investida, e em consequência nada pode ser significativo. Sob este ângulo, este é um jogo primitivo, sem regras pré-estabelecidas, sem um código que previamente tenha estabelecido significados, sejam eles psicológicos ou sociais, que sirvam como base para análise ou interpretação do ato ou ação. Na realidade, essas etapas são caracterizadas tão-somente como investigatórias. A regra fundamental para esse jogo é a intencionalidade quanto à forma, isto é, o ir fazendo, o ir construindo instrumentos que permitam a ampliação de significados.

Cada capítulo, cada tópico, cada exemplo ou detalhe que apresento nesta tese, também constituem-se em formas para a busca de significados tanto para a realidade interna como para a externa. Como regra geral, algumas decorrem da exigência do material ou das técnicas de realização das atividades. Muitas outras são inventadas para cada situação e dependem muito da qualidade da relação terapeuta-paciente. No jogo de criar, ampliar e rever significados, reafirmo que as regras são importantes quanto à forma e nunca quanto aos próprios significados. Quanto ao contexto da relação terapêutica propriamente dita, a prática me diz que não bastam atividades significativas, ou significadas. Um sujeito passa a dizer de si ou demonstrar sentido no que faz a partir do momento em que uma relação torna-se significativa para ele. O que tínhamos, então, a busca inicial, ou seja, encontrar atividades significativas para o sujeito, torna-se aqui o resultado da maneira de se estar em relação, de participar. Esta é a única forma de afastar o risco de entender ou significar o do paciente pelo que é o nosso.

O que deve ser intencional para a terapeuta é a abertura de espaço para significações mas nunca para a orientação de significados. Então, buscar significados ou sentidos para as atividades, para uma prática, um comportamento, uma relação, é parte do jogo terapêutico em terapia ocupacional, desde que se tenha em vista a forma de significar e não o conteúdo a ser significado. Não importa o significado dado a um fato e sim a composição da cadeia de significados que darão forma à estruturação egóica.

Ao longo desta tese, esse movimento de significação tem sido a minha tônica. É preciso, entretanto, que particularize duas atividades que, quando são tomadas como fazendo parte do arsenal da terapia ocupacional, criam uma complexa e ainda incipiente base para discussão. A primeira delas é a internação psiquiátrica e a segunda é o acompanhamento do paciente em atividades na sociedade.

Por muito tempo fui contra qualquer tipo de internação para pacientes psiquiátricos. Hoje, penso que pelo nível de prejuízo que eles estão sofrendo ou provocando a si mesmo ou à própria família, ela pode tornar-se temporariamente necessária. Após a indicação médica, tenho acompanhado internações com alguma frequência para pacientes que já conheço ou que estão em processo de tratamento comigo. Creio que há apenas duas formas de acompanhar essa atividade. A primeira é colocando-a à mesa para ser realizada e significada. A segunda é disfarçando-a.

A segunda forma, que nunca consegui conduzir pessoalmente, é uma forma de "enganar o paciente", criando uma situação que disfarce a ida ao hospital. Já estando lá, num ambiente mais protegido, principalmente em relação à agressão, violência ou destruição para si ou para o outro, com tempo e espaço, ele pode significar a internação, que muitas vezes é a última salvação.

Como profissional, mas também como familiar em busca de salvação, nessas situações entre vida e morte, por várias ocasiões procurei profissionais para realizar essa forma de internação. O que o termo "enganar" pode trazer de comprometimento moral, para mim deixa de ter esse significado diante do fato de sermos "enganados" pelas promessas de ponderação e boas intenções dos doentes que resistem a medicações, internações e tratamentos em geral. Muitas vezes vivi profissional e pessoalmente a substituição, como por mágica, dos delírios, alucinações e agressões,

por um raciocínio lógico, por arrependimentos, ponderações e humildade. No momento seguinte, tinha ao meu lado corpos machucados, objetos destruídos e até mesmo a morte. Por isso, não creio que qualquer conduta terapêutica possa, a priori, ser moral ou eticamente julgada.

Enfrentar resistências e violências em oposição a condutas terapêuticas é uma constante para os profissionais de Saúde Mental. O único sentido que vejo para isso é a possibilidade de dar a estas condutas significados menos drásticos do que aqueles comumente inferidos por pacientes, familiares e pela própria sociedade. Em situações-limite, pertinentes à condição humana, é necessário tomar atitudes radicais. Nisto incluo a internação psiquiátrica, assim como em oncologia a mama às vezes precisa ser retirada. Muitas vezes acompanhei mulheres em processo de cirurgia mamária. Algumas cirurgias ainda exploratórias de tumor, tinham como primeira etapa a realização da biópsia. Após essa etapa, algumas mulheres solicitavam serem acordadas na mesa cirúrgica para a comunicação do resultado do exame. Outras, não. Mas nos dois casos, quando o resultado era positivo, o horror, o medo, o sofrimento, nunca eram muito diferentes daqueles sentidos por um paciente ou familiares diante de uma internação psiquiátrica. Este sofrimento também é vivido pelos que conduzem o processo. Sentia-me, e ainda sinto-me, como se fosse um soldado em plena batalha, disposto a estourar o *bunker* inimigo sabendo, entretanto, que isso não obrigatoriamente significa acabar com a guerra.

Em princípio, sei que estou diante de alguém que sente não estar em lugar nenhum e que ainda está para ser completamente excluído. A internação ou qualquer outra atividade, numa crise, é sempre uma tentativa por mudanças, é abrir um leque de possibilidades, sendo que apenas o desespero nos faz chegar à impossibilidade. Buscar significados é correr o risco do novo, do inusitado e nem sempre do sucesso. Temos de ter em mente, porém, que para nós, terapeutas, o insucesso é também um instrumento para novas buscas e, muitas vezes, a base para reformulações do nosso trabalho. Dessa forma, é difícil falar do erro, da conduta inadequada, mas é preciso dizer de uma relação que permita correr riscos, promover reparações e renovações.

Quanto ao ato de acompanhar pacientes em atividades sociais, faço uma distinção entre as atividades profissionais e as de lazer. Sobre isso, escrevi (1993): "Para acompanhar um paciente em busca de uma profissão, antes de tudo temos de apontar-lhe o espaço da sua integração própria." (125) Em mais de um de meus textos, tenho deixado claro que o trabalho profissional - e não só ele, todas as atividades que propiciam a integração social de um indivíduo - está também a cargo da terapia ocupacional. Antes, em *Trilhas Associativas*, havia escrito o seguinte (1991): "É necessário considerar que a simples introdução de uma atividade num procedimento terapêutico se faz acompanhar de várias dimensões da realidade social." (126)

No exato momento em que transcrevia a frase acima, um paciente ligou para perguntar-me se queria que ele me ajudasse nesta tese. Ele sabe que estou trabalhando nela e, nestes dias, sua questão fundamental é a minha produção diante da sua paralisação. Este engenheiro, que domina três línguas e que, por quatro anos, trabalhou na sua *profissão de fé*, reconhece hoje a existência de vozes que o levaram a ter o *controle do mundo*. Ele sofre demais porque quer muito *fazer coisas desta vida*, mas as vozes dizem que não pode abandonar sua profissão de fé, na qual sua função

é *cumprir a palavra do pai*. Esta expressão vem carregada de ordens como esta: "Cuide dos baixinhos"; ou de ameaças como esta: "Você vai morrer". Segundo ele, o resultado é *não poder fazer nada aqui e ao mesmo tempo ter muito medo*.

Suas questões são colocadas para mim de forma quase desesperada: "Por que a gente consegue dirigir automóvel?"; "Como se consegue fazer um trabalho?"; "Por que o tempo demora tanto a passar?" Andando incessantemente de um lado para outro, ele não encontra espaço para estar realmente em lugar nenhum. Ele mesmo se define: "Sou o leão rugindo no deserto."

Ele, como quase todos nós, busca no trabalho uma forma de entrar na realidade. Mas todas as vezes em que tentou um emprego, as vozes o fizeram desistir. A situação paradoxal em que ele se encontra é realmente desesperadora. Se o trabalho o salvaria da morte, basta sair de casa para que a frequência das vozes aumentem. Então, ele diz que é melhor não ficar aqui, neste mundo, mas nunca disse que quer morrer. Apesar disso, tenho certeza de que essa idéia está presente e o que a afasta é a possibilidade de *trabalhar* comigo. Nos grandes momentos de desespero, retomamos todas as atividades que já realizou aqui. Por um lado, para demonstrar que, apesar de tudo, continua produzindo. Por outro, como genuíno exercício de mobilização para aprender novas coisas. Algumas vezes, inclusive, conseguimos construir trilhas associativas que me permitiram conhecer parte dos fatos ocorridos - no sentido de afetivamente vividos - no início de sua doença.

Por sorte, através de um telefonema pude explicitar uma das funções exercidas pelo trabalho profissional na integração de indivíduos que acabam por tornar-se marginalizados. Esse paciente, entretanto, tem o privilégio de contar, além do total apoio familiar, com uma infra-estrutura social e pessoal que permite que mantê-lo por algum tempo em diferentes tipos de atividades profissionais. Hoje, por exemplo, ele é tradutor de artigos estrangeiros para o C.E.T.O.

É bastante comum que pacientes de ambulatórios e centros de saúde públicos apresentem dramas semelhantes ao que descrevi, com um agravante: quase todos têm uma situação socioeconômica que considero, ou chamo, de impossível. Eles não têm apoios, como tem o engenheiro. E não têm porque quando procuramos e encontramos seus familiares, na maior parte das vezes eles estão preocupados em encontrar seus próprios empregos. Por isso é frequente, inclusive, a aceitação da *esquisitice*, da passividade e mesmo das crises *curadas com remédios* desse parente que tem por emprego, afinal, ficar trancado no barraco cuidando para que ele não seja assaltado. Terrível situação a que chegamos, onde a doença está cumprindo uma função social. Não acredito que exista técnica, sistema assistencial ou mesmo programa de saúde que tenha respostas para essa realidade. O ato de descobrir-se, de compreender-se, de entender-se, de fazer-se fazendo, enfim, é um excelente caminho para direcionar vocacionalmente cidadãos que necessitam de ajuda. Sem dúvida, é muito mais eficaz que passar por testes vocacionais. Entretanto, de que serve isto num país onde não há educação ou emprego? De que forma sustentar, numa espécie de oásis, projetos e programas de trabalho destinados a doentes mentais? Não seria esta uma forma, talvez, de alienar essa problemática?

Como profissional, vejo meu trabalho como o ato de carregar grãos de areia, um por um, para encher a carroceria de um caminhão. Considero o sistema do hospital

asilar como incapaz de construir qualquer tipo de abordagem terapêutica ou integratória. Nos demais tipos institucionais as soluções passam por um compromisso político de criar soluções transitórias, com e para indivíduos e/ou pequenos grupos comunitários.

Dentro do sistema assistencial é preciso promover o encontro de soluções imediatas, mas que sejam projetadas em função de uma educação à saúde. Neste sentido, o trabalho em Saúde Mental não deverá ser realizado apenas em função de uma minoria gravemente afetada emocionalmente e sim para toda a população. Falar de um indivíduo, afetiva e socialmente integrado, nos impõe falar em muito mais coisas do que apenas na questão profissional. Mas diante do quadro existente em nosso país, junto-me às colegas que enfatizam, em forma de desabafo, esse aspecto da terapia ocupacional: "Se pelo menos houvesse trabalho..."

Do ponto de vista da técnica, creio que o equilíbrio pessoal é o primeiro passo para que alguém tenha organização suficiente para se profissionalizar. Não sou das que pensam que primeiro deve ser feito o tratamento para depois se pensar na integração. Mais do que isso, vejo a terapia ocupacional, da forma como a instrumentalizo, como um procedimento onde a prática, a vocação e a profissionalização estão sempre presentes.

Existe, então, uma concomitância entre o fazer atividades e a preparação/armazenamento de subsídios para o trabalho profissional. Como poderia deixar de incluir esse aspecto quando, no caso do engenheiro que descrevi, o trabalho, mesmo que seja equivocadamente visto como uma *profissão de fé*, é quem traz à tona toda a esperança e crença possíveis, mesmo que também traga consigo a desesperança e a descrença de alguém que sofre por acreditar no desmoronamento? Como não ver claramente que jamais é por acaso, e sim por causa de condições objetivas, externas e internas, que o tema dos delírios atuais são menos napoleônicos e mais profissionais? Afinal de contas, os heróis dos dias de hoje são os que ganham a guerra contra o empobrecimento. Talvez hoje seja preciso levar em consideração o trabalho ou, melhor ainda, a profissão e o dinheiro, como os fatores fundamentais para a integração social. A terapia ocupacional é tecnicamente provida de recursos psicopedagógicos e vocacionais, sendo a orientação profissional resultado desses fatores. Falando claro: quando um paciente consegue ter sua vida profissional organizada, este é o momento ideal para trabalhar a alta em terapia ocupacional.

E agora o social: - Você pode ser amigo de um louco?

Para responder a essa questão não vale contar daquele seu amigo que ficou louco e que de vez em quando você criava uma situação especial para ficar sozinho com ele, sem levá-lo para jantar com sua família ou ao bar que você costuma frequentar com seus amigos. Na realidade, quando procuro contribuir na questão do *acompanhamento terapêutico*, não o quero fazer apenas do lado do louco, isto é, do quanto o louco precisa de terapia para ser social. A literatura terapêutica existente me dá toda razão. Basta lembrar dos preceitos da Comunidade Terapêutica, dos Clubes Terapêuticos, das Sociedades Amigos dos Doentes Mentais e, mais recentemente, das Agências ou Empresas Sociais e dos Acompanhantes Terapêuticos. Desde o primeiro, onde a cozinheira, o lixeiro e o psiquiatra eram agentes terapêuticos, até o último, tudo é terapêutico nas relações sociais do louco. Será que estas não são simplesmente

fórmulas modificadas de manter renovada ou renomeada a antiga tutela asilar do louco?

Vejam como essa questão é tratada por Carrozzo (1991): "Hoje sabemos que é possível oferecer muito mais do que continência com a intervenção do acompanhante terapêutico. Ele é a instituição que sai para fora, para as ruas, para o social. É a possibilidade de acompanharmos o paciente na circulação por entre o fora da casa (e fora d'A CASA) e dentro d'A CASA, de acompanharmos a própria construção de um dentro e um fora, de uma 'pele' que pode regular o que incluir, o que não incluir. No acompanhamento terapêutico os fenômenos do cotidiano urbano funcionam como os materiais e atividades de um tratamento intramuros. Fica possível, enfim, estender o campo transicional justamente para onde deve ser estendido: para os limites do possível, para que se componha o campo do desejo." (127)

Quando a instituição sai para o social, será que não leva consigo a tal tutela a que me refiro? Penso que sim, mas isso não é ruim, pois acho que alguns pacientes precisam muito disso, mas não a maioria. Há de se convir que o avanço dos psicofármacos tem favorecido vigorosamente a permanência do louco na sociedade. E, puxando a sardinha para o nosso lado, as novas abordagens psicoterápicas também, e é por isso que gostaria de tornar a dar cores ao que Baremlitt (1991) denomina de "amigo qualificado".

Abordo, então, a questão pelo lado do de dentro e do de fora, não de Winnicott, mas da minha proposição (pág.75 desta tese): "É preciso que tomemos cuidado, então, para não confundir a existência do espaço potencial, de Winnicott, por onde se movimentam também objetos do real, com a realidade das atividades construídas na terapia ocupacional. No seu todo, como diz Legros, essas atividades são concretas e, portanto, promovem a dualidade entre este mundo externo e o mundo interno, mantendo o que Winnicott denomina como 'fixidez desses dois mundos'. Essas atividades têm como primeira função intermediar a relação ente estes mundos e como última função a sociabilidade propriamente dita."

Na proposta anterior, acompanhar pacientes em atividades sociais não tem o significado de uma atividade social. Minha proposta é que ela seja mesmo uma atividade social. Correndo todos os riscos que isto implica, é Jô quem sai com João para ir ao cinema ou para jantar no restaurante japonês numa comemoração de final de ano, com Pedro e Dr.Fulano, seu psiquiatra. É Jô quem administra uma ocorrência deselegante, como comer com maus modos, ou os desastrados e desajeitados Por acaso ninguém nunca saiu com alguém que deu um vexame depois de uma bebedeira? Já se esqueceram de nossos próprios vexames?

Bem, essas coisas fazem parte da vida social, que em princípio nos mobiliza, que procuramos para nos divertir, e isto pode dar certo, ou não, para qualquer um. Vistas assim, as atividades sociais com pacientes devem ser realizadas com o intuito de que duas pessoas se divirtam juntas. Na minha clínica, elas são apresentadas aos pacientes dessa maneira e, portanto, administradas num acordo social entre paciente e terapeuta, e nisso entra muito a vontade e o limite de cada um.

É possível que essas atividades existam em substituição a uma sessão regular de terapia, por um convite do paciente ou da terapeuta. Alguns são pagos como tempo de terapia, outras vezes quem paga a conta é a própria terapeuta, e muitas vezes o

prejuízo é dividido democraticamente. Afinal, não é assim que acontece em sociedade ou sociedades? É um trabalho com a realidade, então é possível fazê-lo quando outros querem ou podem. Quando não se tem dinheiro a atividade se modifica e, quando se tem, mais ainda. Dessa forma, o lazer é tão frequente como para todos nesse país, isto é, somos felizes quando temos um trabalho suficientemente remunerado que nos proporcione algum tempo e condição de realizá-lo.

O que conta realmente é a forma como saímos socialmente com o paciente. Insisto no termo paciente, mas temos que sair dispostos a nos divertir e isto pretende-se que seja bom para ambos. Foi assim que tivemos, uma paciente e eu, um dos melhores fins de semana dos últimos tempos, em sua fazenda. Ambas reconhecemos que nos divertimos.

Desde *Trilhas Associativas*, onde relato o caso Sergio, tento fazer um corte entre a realização de atividades em geral e a participação em atividades sociais. Com isso, a passagem para a contratação de acompanhantes terapêuticos já se dá com este estilo definido. Sempre sugiro ao paciente que aceita ser acompanhado, ou à sua família, a contratação de mais de um acompanhante, de tal forma que possa haver escolhas do tipo *com quem quero sair hoje?* Também proponho que não haja um roteiro pré-estabelecido, que um ou outro acompanhante possa ser solicitado para uma festa, para um programa de última hora e que, principalmente, o contato telefônico seja sempre possível, para organizar um programa ou bater um papo. Não há dias marcados e sim encontros possíveis.

Um paciente dizia-me que sentia suas amigas (as qualificadas) como exclusivistas, queriam-no só para elas. Imaginei nesse momento que elas estariam *cuidando* muito dele nos ambientes sociais. Isto estava ocorrendo, de fato. Havia até um certo constrangimento que acabou por desaparecer quando ao paciente foi delegada uma maior participação nas atividades do encontro. Por exemplo: num jantar de comemoração pela conquista da copa do mundo as tais amigas e seus amigos preparavam a refeição enquanto o paciente fazia a sobremesa.

Este tipo de encontro tem sido mais fácil de organizar com as terapeutas ocupacionais. Isto ocorre, em primeiro lugar, porque estou rodeada delas e, portanto, podem entender melhor a minha proposta. Elas não têm supervisão comigo mas podem me solicitar quando têm alguma dúvida, num papo informal. Afinal, a tarefa delas não é tão difícil. O objetivo é buscar prazer no lazer. E sabem que isto tem dado certo? Tão certo que gostaria de montar um curso específico sobre esse tema.

Obviamente há uma parte que é difícil de lidar e que fica comigo. Refiro-me ao pagamento dessas acompanhantes. Nas outras formas de acompanhar pacientes essa atividade tem um significado terapêutico, ficando portanto mais fácil de ser cobrada. Baremlitt, no artigo citado pouco antes (1991), trata essa questão de uma maneira muito séria: "Houve um tempo em que os acompanhantes terapêuticos se chamavam amigos qualificados. Não sei se essa denominação foi usada no português, se a tradução soa ruim ou não, mas, de qualquer forma é uma denominação interessante para trabalhar, em torno dela, o que tenho a dizer. Isso de 'qualificado' não me interessa demasiado, mas aquilo de 'amigo' sim." (128) Então, tenho de lidar diretamente com o paciente e colocá-lo diante da sua paradoxal realidade - para ter uma amiga, uma companheira de lazer, é preciso pagá-la. É por isso que me referi

anteriormente que isto só acontece se o paciente aceita. Esta não é uma forma fácil para alguém enfrentar os seus limites, mas quando é aceito o empreendimento é um sucesso. Fica de fato muito mais fácil quando o paciente é de uma instituição pública, como a Escola Paulista de Medicina, e a terapeuta faz isso quando pode, paga pelo Estado.

Enfim, esses são os limites que temos de mostrar como realidade para que possamos avançar. Para escrever este tópico, revi muito dos momentos em que já me diverti com pacientes e com todos as ratas e desacertos acontecidos. De qualquer forma, senti uma grande saudade daqueles que se foram, levados pela história e pelo tempo.

INTRODUZINDO O QUARTO ELEMENTO

O melhor trabalho sobre psicoterapia de grupo, na minha opinião, é o de Jurandir Freire Costa. Em *Psicanálise e Contexto Cultural* (1989), ele coloca os pingos nos iii sobre as questões das terapias grupais e consegue abrir, sem dúvida, um espaço muito confortável (pelo menos para mim). Tomo a liberdade de tomar emprestada, como se fosse minha, sua postura ideológica sobre o atendimento grupal: "Para concluir, pois todo cuidado é pouco, também diríamos que não pensamos em psicoterapia de grupo como psicoterapia de massa ou psicoterapia para pobres e oprimidos, como alguns tentam ironizar. Nosso esforço é o de tentar entender melhor a clientela que atendemos, seja ela pobre ou rica. Nossas convicções enquanto cidadãos nos impelem a assumir a responsabilidade profissional que nos é devida e a exercê-la de acordo com as circunstâncias. Não é porque o cliente é pobre que deve ser atendido em grupo. Se o padrão cultural do pobre fosse o do rico, a mesma indicação psicoterápica deveria ser feita. Imaginamos, inclusive, que algum critério desta ordem oriente a indicação para grupo, no caso das psicanálises grupais. Portanto, seria equivocado interpretar nossa tentativa como uma arma no combate ideológico-político propriamente dito ou como exibição de filantropismo. Se combate existe, seu campo é o das idéias a respeito do psiquismo e seus distúrbios. Se combate existe, e ele é político, é no sentido em que Foucault, este extraordinário pensador, definia a tarefa intelectual, ou seja, como a luta do intelectual específico. Nossa solidariedade para com os condenados da Terra, neste país infeliz, não precisa de palcos científicos para aparecer. Ela existe e, a cada ocasião, fazemos questão de reafirmá-la, inclusive nas ocasiões científicas. Mas seu palco é o espaço das aparências políticas, onde aparecemos como sujeitos de vontade e ação, e não de conhecimento." (129).

Ao fazer minha essa colocação, tenho de ressaltar que Freire Costa discorre especificamente sobre um tipo de atendimento em grupo - a psicoterapia. Penso que isto faz diferença quando tratamos aqui da terapia ocupacional. Em primeiro lugar, os psicoterapeutas têm mantido socialmente, ao longo dos anos, a característica de ter, digamos, um tipo de intervenção adequada a uma população de nível socioeconômico-cultural mais elevado. A terapia ocupacional, pelo contrário, é vista como a terapia para

aqueles que são pobres e analfabetos e, em consequência, para os marginalizados em geral. Estes marginalizados são diferentes daqueles afetivamente marginalizados descritos por mim como a população-alvo da terapia ocupacional. Aqueles são marginalizados por uma questão de saúde. Os outros, fundamentalmente, por uma questão econômica-educacional que pode até ser uma das causas do desajuste mental dos primeiros.

Para os ricos, sem dúvida é mais fácil aceitar um amigo qualificado do que uma terapia ocupacional. Minha experiência em consultório tem mostrado que ter um acompanhante leva alguém a imaginar uma situação em que pode ser cuidado. Na terapia ocupacional, pelo contrário, a exigência de produção é bem mais difícil de ser aceita. Isto não diz só respeito à questão econômica mas também à questão intelectual. Não tem sido fácil mostrar defeitos intelectuais acarretados por problemas emocionais e, salvo as felizes excessões, todos nós sabemos que isto é uma verdade.

Em segundo lugar, em terapia ocupacional na área de Saúde Mental, uma tradição traz sedimentado o atendimento em grupo. Acredito que assim ocorre pela observação empírica de que um grupo facilita a solicitação a comportamentos sociais e, portanto, de promoção de sociabilidade, e isto quase não tem a ver com pobres ou ricos. Porém, não me tranquilizo. Cá com os meus botões, e algumas vezes deixando escapar para fora, num deslize culposo, exponho o pensamento de que *grupo é grupo*. Tento fortemente afastar a sensação de preconceito (remanescente provável da minha experiência como paciente em psicoterapia de grupo) e tenho um bom motivo para isso. É fato que os estudos da psicoterapia em grupo têm avançado muito nos últimos dez anos. Em sentido contrário, o estudo do atendimento em grupo em terapia ocupacional tem sido alvo de pouquíssimos estudos e desta forma toda a nossa tradição é desconsiderada. Eu mesma pouco tenho me dedicado a este assunto. Penso, entretanto, poder trazer aqui o que considero fundamental como ponto de partida para esse estudo e começo mostrando o pouco que temos.

O único artigo publicado em revistas brasileiras é o de Ferrari e Aguirre (1990). Apesar de ser denso, gostaria que fosse mais extenso, no sentido de exploração desse tema, tão pouco conhecido entre nós. Para Ferrari e Aguirre, a constatação do benefício da sociabilidade empiricamente observada tem continuidade na afirmativa: "O grupo dá principalmente ao paciente psicótico a possibilidade de ensaiar ou aprender novas condutas mais adequadas, que podem ser exploradas por outras situações. O entrelaçamento vincular proposto por um grupo terapêutico potencializa a vivência, o manejo e o aparecimento da afetividade." (...) As autoras continuam, aprofundando a reflexão: "Sabemos que a introdução da atividade num grupo amplia a possibilidade de comunicação e a expressão dos conflitos inconscientes. Processos identificatórios são desencadeados pelo fazer, pelo seu conteúdo, pelo seu produto. A atividade num grupo possibilita ao paciente psicótico a criação e vivência de cenas e imagens que a estrutura e dinâmica espontânea de um grupo verbal não oferece. A proposta de uma atividade, de fraturar o discurso manifesto de palavras, gestos, atitudes, ações estereotipadas que ocultam a emergência inconsciente, quebrando o encerramento do indivíduo ou do grupo no mundo paralelo da loucura. As atividades favorecem a emergência, o desenvolvimento, a observação de fenômenos transferenciais,

projetivos, simbióticos. Levam ao conhecimento do que está por trás dos delírios e alucinações."(130)

Quando as autoras falam da proposta de uma atividade para um grupo ou para um indivíduo no grupo, abrem espaço para dois tipos de procedimentos no uso de atividades em grupo. Escrevi sobre este assunto (1991): "Nessa ocasião, entretanto, dois aspectos causavam uma preocupação maior. Em primeiro lugar, a questão dos grupos de atividades propriamente ditos. Tradicionalmente os trabalhos desenvolviam-se com pacientes agrupados, sem que se pudesse caracterizá-los como um grupo. A literatura específica não dava-me indícios de uma organização particular desses grupos. Através do estudo de grupos verbais, percebi que a existência da atividade, nos grupos de Terapia Ocupacional, tinha uma conotação muito particular. Concentrei minha atenção na ocorrência natural desse agrupamento e acabei percebendo a existência de dois tipos de dinâmicas, ligadas diretamente ao uso das atividades. O primeiro tipo - no qual cada paciente fazia sua atividade e mantinha com o terapeuta uma relação individual - identifiquei-o como *grupo de atividades*. O outro - quando os pacientes resolviam fazer uma única atividade em conjunto e o terapeuta poderia manter o grupo nessa relação de trabalho conjunto - denominei-o de *atividade grupal*." (131)

Essa afirmativa, nunca lapidada, foi construída nos cursos de especialização do C.E.T.O. desde 1975 e tem sido aceita e usada por terapeutas ocupacionais. Por exemplo, Fernandes (1988): "Em Terapia Ocupacional as duas técnicas de atendimento grupal definidas pela utilização de atividades são: os grupos de atividades, em que cada paciente realiza sua atividade, e a atividade grupal, em que todos participam da realização de uma atividade. No primeiro, a ênfase é dada no processo individual da relação terapeuta-paciente e, no segundo, a relação grupal é enfocada e os aspectos da socialização, participação e cooperação passam para o primeiro plano. Nesse trabalho referimo-nos à primeira técnica." (132)

Esta aceitação dos terapeutas ocupacionais não tem me protegido das críticas de alguns amigos e colegas psicoterapeutas. Para esses a constituição e organização do grupo terapêutico não podem ser regidas pelas características de suas técnicas ou no uso de instrumentos, mas sim por outros fatores psicológicos. Para alguns, os processos inconscientes desencadeados no grupo, para outros o resultado da somatória dos grupos internos de seus participantes e outras tantas ocorrências instrumentalizadas para o trabalho terapêutico. Teimosa, uso o papel de seda, instrumento que eu mesma critiquei, mas só de maneira a aproveitar a formatação conceitual. Freire Costa (1989): "Por esses motivos entendemos que o grupo terapêutico é apenas o conjunto de pessoas que aceita explicitamente submeter-se às cláusulas do contrato psicoterápico." Nesse molde: o grupo de terapia ocupacional constitui-se na medida em que um conjunto de pessoas aceita explicitamente submeter-se às cláusulas do contrato de terapia ocupacional. Isto de pronto implica a proposição da realização de atividades. Estas não são meramente introduzidas no grupo por força de elaboração mentais, mas fazem parte das cláusulas contratuais e portanto devem ser explicitadas.

Será que isso não faz diferença? Freire Costa tem uma resposta: "Os grupos definem-se pela prática, pelos objetivos explícitos em torno dos quais se formam." (133)

A prática em um grupo de terapia ocupacional é o emergente. Se há um grupo ou situação em que podemos buscar a prática do praticar, aí está o de terapia ocupacional. Qualquer tipo de atividade pode ser transformada concretamente em prática e, como tenho procurado demonstrar, credita soluções em resoluções da prática. Mesmo que objetivos menos explícitos estejam, e obrigatoriamente estão implicados na terapia ocupacional, o fazer atividades é sem dúvida o marco da sua singularidade e da sua especificidade. Assim sendo, acredito ser pertinente a busca de definição de um grupo de terapia ocupacional em torno desse objetivo explícito pelo qual pessoas se reúnem.

Se ele se define pelo que nele se pratica, é também possível que possamos trazer à tona as formas de procedimentos no sentido de delimitar o espaço para construções arquitetônicas. Será que partindo daí estaremos nos descompromissando com a ocorrência e a elaboração de fenômenos psicológicos e psíquicos? Creio que não, e espero já ter demonstrado isso. Retomando, então, o objeto de estudo deste tópico, vejamos o que nos aponta o mestre Tosquelles (1984): "No futuro, os instrumentos técnicos e conceituais mais afinados, mais conhecidos e melhor manejados que esses que usamos, poderão instaurar as psicoterapias institucionais que alargarão o campo da eficácia da psiquiatria. Não poderão, entretanto, ser mais que o resultado de ensaios numerosos e variados, mesmo que possam parecer às vezes casuais, ou um tanto imprudentes, como esses que nós temos empreendido." (134) Nessa formulação está contida a minha proposta para o estudo de grupos em terapia ocupacional: um empreendimento de risco, que toma por base sua própria casuística, ensaiando e repetindo, em busca de resultados que em princípio pareceram apenas como obra do acaso.

Em outras palavras: é preciso, antes de explicar os grupos de terapia ocupacional pelas teorias psicológicas já aceitas para outras técnicas, realizar pesquisas que definam e caracterizem esses grupos. Eis uma primeira questão: será possível construir trilhas associativas, com trabalhos de cada um dos pacientes em grupo, de tal forma a se poder montar uma história de um grupo num determinado momento? Teoricamente, creio que isto é possível. Isto gera a seguinte pergunta: montada a história de um grupo em um determinado momento, qual a relação desta com a eventual construção de histórias pessoais?

Neste tópico eu poderia tratar também de um outro grupo, muito importante em terapia ocupacional - o grupo de profissionais que constituem a equipe de Saúde Mental. Prefiro deixar esta questão não como procedimento e sim como resultado dele, e resolvi apresentá-la significativamente dentro do tópico de *Intervenção em Crise*.

Ao final deste capítulo de *Procedimentos*, reafirmo minha posição de clínica para justificar que muitos procedimentos terapêuticos não foram ainda organizados de forma sistemática para serem apresentados independentemente da narrativa clínica. Desta forma, é na descrição e nos comentários dos casos clínicos que eles aparecerão. Digo aparecerão porque reconheço que são procedimentos que variam tanto de caso para caso que podem ser tomados como consequência da compreensão e desempenho pessoal da terapeuta.

CASOS CLÍNICOS

O DIAGNÓSTICO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Neste capítulo recortes de processos terapêuticos terão a função de ilustrar os procedimentos técnicos da terapia ocupacional dinâmica, de apresentar os vários vértices do uso desses procedimentos. Retomando a questão da população-alvo da terapia ocupacional dinâmica, acredito ser necessário defini-la melhor. Em princípio, o sujeito alvo da Terapia Ocupacional apresenta problemas na sua inserção social. Por diferentes e combinadas razões ele está socialmente excluído de uma parte significativa das atividades sociais. Interage de forma insatisfatória com a família, na escola, no trabalho. Não se deixa atrair por divertimentos, atividades culturais e as pessoas, em geral, os intimidam e/ou atrapalham.

Não se pode afirmar com segurança onde começa o excluir-se ou o ser excluído. Se este fosse um estudo psiquiátrico talvez fosse fácil identificar e agrupar os sujeitos pela preponderância de sintomas psiquiátricos e depois usar uma das classificações para diagnosticá-los. Se se tratasse de um estudo psicanalítico, em função de características psicodinâmicas predominantes, poder-se-ia, num sentido clássico, usar classificatoriamente a contraposição entre neurose e psicose. Haveria por certo uma escuta psicanalítica interessada na compreensão da dinâmica da problemática envolvida.

Nesta tese, entretanto, usei os termos *psicose*, *psicótico* ou *psicoses* com um sentido classificatório, aqui pertinente pela predominância desse quadro na nossa população-alvo. Gostaria, porém, de tentar traçar um novo itinerário para a definição da população em Terapia Ocupacional. Na área de Saúde Mental é a multidisciplinaridade que dá origem à produção social do conhecimento. Neste caso, a Terapia Ocupacional é um dos instrumentos para essa produção. Na prática, apesar de ser minoria, a população que apresenta graves problemas de inserção social é alvo de sérios e importantes estudos dentro da área de Saúde Mental. Nesta área, dependendo do vértice escolhido, essa população é estudada pela Psiquiatria, Psicologia, Psicanálise, Antropologia, Sociologia, Economia e tantas outras, inclusive a Terapia Ocupacional. Também é fato que cada uma dessas áreas pode ser escolhida para subsidiar a investigação de uma outra área específica. Desta forma, então, pode ser caracterizada a produção social do conhecimento e intercâmbio nas intervenções em Saúde Mental.

Em se tratando de intervenção, o diagnóstico para a terapia ocupacional dinâmica leva em consideração, como pressuposto, as colocações acima expostas. Definindo tal diagnóstico como situacional, ele é estabelecido pela análise das condições socioemocionais imediatas com as quais o indivíduo se apresenta para nossa observação. Lançamos mão, além disso, da composição diagnóstica - contamos com os diagnósticos psiquiátricos, psicológicos, psicanalíticos, de serviço social e de

enfermagem. Adicionalmente, os dados socioeconômicos, sociopolíticos e culturais são muito importantes.

O diagnóstico situacional em terapia ocupacional não é classificatório e sim específico para cada caso ou situação. Dependendo da situação podemos emprestar diagnósticos de outras áreas para agrupar nossos casos para estudo, pesquisa e projetos de intervenção. Na clínica, entretanto, tais diagnósticos são um dado a mais para estudo e compreensão do caso. Esta afirmativa é a resposta final a uma discussão iniciada tempos atrás com a colega Eliana Furtado.

Retomo as citações para rerepresentar nossa população. Freire Costa (1991) afirma em *A Singularidade do Doente Mental*: "Normalmente existe, na tradição da psicopatologia, uma série de cacoetes do tipo 'tal cliente é esquizofrênico, é um psicótico paranóico, o outro é isso...' É verdade que, numa primeira abordagem, é interessante conhecer isso. Temos que nos servir da tradição, mas num segundo momento acho que é preciso ver que há tantas maneiras de ser esquizofrênico quantas são as pessoas. Apesar de todos terem aquela espécie de ponto comum, esse afastamento da realidade, manifestações delirantes, comprometimento da consciência do 'eu', no bojo desse distúrbio, tem formas tão variadas de sair disso, através do contato do que é mostrado, que quando começa é tudo o que se pode obter de história sem que isto se constitua numa história pessoal." (135)

Para a terapia ocupacional dinâmica o que orienta inicialmente a prática é o que se pode saber da história pessoal do sujeito. Essa história dificilmente é relatada pelo próprio sujeito. Aliás, na maior parte das vezes, essa história é composta pelos retalhos de fatos contados pela sua família, pelo psiquiatra, psicoterapeuta, amigos e vizinhos. É uma história vizinha ao próprio sujeito. Tudo o que se pode obter da história, sem que se constitua ainda numa história pessoal, é para onde deve se voltar o olhar da terapeuta ocupacional que vasculha a particularidade. Com esta individualidade os casos clínicos serão apresentados nessa tese. Entretanto, pelas situações em que foram atendidos, poderão também ser agrupados. Alguns casos são do meu consultório particular, outros de programas específicos do Ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina. Estes geralmente são agrupados pelo diagnóstico psiquiátrico. A partir de agora apresentarei os casos e indicarei o local de seus atendimentos.

UM ENCONTRO ESQUISITO

Para dar o pontapé inicial e começar a o trabalho clínico nada como um encontro *esquisito*. Sobre a palavra, Buarque de Holanda (1980) dá as seguintes definições: "1. Achado com dificuldade ou raramente; 2. Invulgar, raro, precioso, fino; 3. Extravagante, excêntrico, esquipático." (136) Com essas qualidades defino o encontro com um psicótico. Esta é a minha maneira de fazer uma advertência - há que se estar preparado para o que de inusitado, exótico e saboroso existe na extravagância da psicose. Não estou falando do preparo existente quando já conhecemos o que lá está e

sim o preparo que nos permite experimentar. Não sei qual a receita para estar pronto para essa experiência mas sei que tudo que aqui está é parte do desejo de sabê-la. Confesso, entretanto, que mesmo depois de tanto tempo, vejo-me muitas vezes irresoluta diante de algum encontro singular.

Numa expectativa didática, procuro na literatura o desencanto de um encontro ocorrido numa curta relação amorosa. Em março de 1933 Anaïs Nin recebe em sua casa Antonin Artaud e René Allendy, então analista de Anaïs e um dos tantos que haviam tentado analisar Artaud. A espera desse encontro parece ter provocado em Anaïs uma torrente de emoções (coisas da transferência, sem dúvida) que se mostram através da descrição que faz dele em seu diário.

Nin (março de 1933): "O Allendy vem com Antonin Artaud. Antonin olhou para os cristais. Caminhamos pelo jardim banhado pelo luar e Antonin ficou extremamente comovido e romântico: 'A beleza que julgamos perdida no mundo está aqui. A casa é mágica, o jardim é mágico. É tudo um conto de fadas'." E como em um conto de fadas logo em seguida Anaïs transforma Artaud em um príncipe: "Artaud é o surrealista que os surrealistas repudiaram, a figura descarnada, fantasmagórica, que assombra os cafés mas que nunca é visto ao balcão ou sentado a beber entre pessoas, a rir. Ele é o ser drogado, contraído, que anda sempre só, que procura fazer peças que se assemelham a cenas de tortura. Os seus olhos são azuis de langor, pretos de dor. Ele é todo nervos. Contudo, estava maravilhoso representando o monge apaixonado por Joana D'Arc no filme de Carl Dreyer. Os olhos profundos do místico, como que brilhando em cavernas. Profundos, sombrios, misteriosos."

Para ela Artaud era um príncipe das trevas que ficava maravilhoso quando visto atrás de lentes, numa reprodução ou produção do que realmente ele é. Anaïs tinha uma ilusão e Allendy tentou alertá-la sobre isso (maio de 1933):

"Recordo as palavras de Allendy:

- Não brinques com Artaud. Ele é demasiado infeliz, demasiado pobre.'
- Estou apenas interessada no seu gênio.
- Então sê uma amiga e não uma coquete.
- Sou muito masculina em relações literárias, disse eu.
- Mas a tua silhueta decididamente não é masculina, disse Allendy."

Parece que Anaïs não estava só iludida em relação a Artaud, mas também em relação a ela mesma. Será que ela era realmente masculina nas suas relações literárias? Que diríamos, então, de Henry Miller? Bem, mas nosso caso é outro! Em Artaud parecia ter sido despertado o desejo através desse relacionamento. Voltemos a Anaïs Nin (junho de 1933):

"Passeávamos quando ele disse: - Estamos a caminhar passo a passo, é divino passear com alguém que caminha ao mesmo ritmo... torna o passeio eufórico." Anteriormente, em março daquele ano, ela havia se identificado com ele: "Para Artaud, a escrita é também penosa. vem esporadicamente sob uma grande sufocação. () Falamos dos nossos medos, fizemos uma lista deles. Os dele eram o medo da loucura, de ser incapaz de escrever, ou de falar, ou de se comunicar com os outros (ele escreveu que nunca ninguém tinha sentido com tanta perspicácia a insuficiência da linguagem). Será que o que ele queria dizer era assim tão difícil? Ou terá tido ele um impedimento para a própria escrita? Ou não sabia ele o quanto se saia bem ao dizê-lo?"

'Mas esta é a luta de todo escritor', disse eu. Todo escritor sente que está a lutar com uma massa rudimentar, informe, não consegue expressar a maior parte daquilo que sente. Ele está com grande necessidade de compaixão. Nascermos sob o mesmo signo." (137)

Os primeiros encontros de uma terapeuta com um paciente psicótico pode despertar em ambos a mesma empatia, emoções e ilusões, como aconteceu entre Anaïs e Artaud. Precipitamos quando significamos o discurso do psicótico através das nossas preocupações afetivas e intelectivas. O encontro dessas duas histórias pessoais, com trajetos que na aparência se superpõem, é desencadeante de uma espécie particular de paixão, que fenece rapidamente na desilusão entre discursos de significados diferentes. Fenece diante da uma explosão afetiva versus a ilusão afetiva do outro. Na verdade não há uma relação e sim um engano no qual cada um pensa estar falando com o outro.

Ambos escreveram sobre a dificuldade de escrever e esperaram alguma forma de salvação. Entretanto, sem nenhuma dúvida, o lugar de onde essa dificuldade origina-se é diferente para cada um deles. Arriscaria dizer, sendo um tanto cruel com Anaïs, que ela queria muito ser escritora, literata, mas Artaud já era um artista e queria se salvar do sofrimento, da loucura. Anaïs buscava no outro a luz inspiradora e de certa forma a garantia de um sucesso não obtido através de si própria. Nisto investia seu afeto. Artaud, pelo contrário, iluminado como era, buscava seu mundo afetivo libertando-se assim de depositar no outro um fantasmático mundo afetivo.

Uma ilusão de desejo está mergulhada no discurso do psicótico e se é desejo saber a história do que está por trás dessa ilusão, não se pode ir de início em busca do que ela significa, pois isto nos faz cegos e surdos para o que nele há - a verdade. Artaud (1946) disse o seguinte: "... mas veja lá, caro sr. Peter Watson, que nunca passei de um doente e mais não será preciso dizer-lhe. Repito-lhe, nunca pude viver, pensar, dormir, falar, comer, escrever, e nunca para dizer que nunca tinha feito nada, não podia fazer nada e fazendo qualquer coisa na verdade eu não fazia nada. Toda a minha obra foi e só poderá ser construída em cima deste nada..." (138)

Esta verdade em Artaud jamais sobrepujou o gênio, a criação, não as de rima métrica, mas as que só podem ser lidas e vistas pelo som, pela imagem, pela crueza da faca inserida ao corpo e na clarividente provocação do maravilhoso. Nada há mais para dizer. É a impressão de palavras - do nada escrito a cores - que uso Artaud para deixar marcado o encontro. Se não crio impacto não estou demonstrando o sentido a ser vivido. Se esse sentir não fizer sentido, se não ferver no que se sente, se passar por fora como o fizeram os críticos de Artaud, como o *bardo*, resta-nos aplicar eletrochoques.

Artaud (1946): "Mas os eletrochoques do Bardo nunca valeram como experiência e tanto no eletrochoque do Bardo como no Bardo do eletrochoque, o estertor de agonia consiste em despedaçar uma experiência chupada pelos fantasmas do não-eu, a qual o homem nunca mais conseguirá reaver."(139)

A BUSCA DE SENTIDO

Quando nada mais faz sentido, quando todo o corpo já foi vasculhado e quando a recusa de ver é estrondosamente detonada é que se procura discretamente o psiquiatra. Shirakawa (1989) afirma o seguinte: "Quanto ao psiquiatra, o paciente é trazido ao consultório em crise. No resumo dos casos, verifica-se que esse momento nem sempre é o da primeira crise. Mas é o primeiro momento em que se inicia o acompanhamento que, em geral, será bastante longo."

Ainda segundo Shirakawa, para acompanhar um paciente psicótico é preciso saber que se estará relacionando com alguém com quem se envolve intensamente e por um longo período de tempo. Com o agravante de que, estatisticamente, ele não pode determinar qual o tipo de acompanhamento é mais eficaz e/ou se algum tipo de intervenção chega à cura. A estatística nos provoca, inclusive, um certo desalento.

Felizmente, no estudo caso a caso, os procedimentos do *acompanhamento psiquiátrico*, como o define Shirakawa, significam vivência e progressão na vida de um esquizofrênico. Como Pankow, Shirakawa põe em metáfora o sujeito a quem se acompanha: "É mostrado que o paciente é como um balde furado. Tudo o que está dentro sai e o que está fora entra com a maior facilidade. Para que o balde volte a ter utilidade é necessário tampar todos os furos. Só assim o balde volta a recuperar sua função, o que está dentro fica dentro e protegido contra a invasão das sujeiras externas."

A receita fundamental para esse tapar buracos, ainda de acordo com Shirakawa, é esta: "A relação terapêutica deve ser um laboratório onde o paciente possa refletir sobre as relações humanas e não se intimidar com os acontecimentos do cotidiano." Mas isto não é tarefa de um profissional isolado: "O acompanhamento de pacientes esquizofrênicos, pela sua complexidade, envolve uma equipe multidisciplinar em que o psiquiatra vem a exercer seu papel nos mais diversos momentos."

Shirakawa inclui aí a Terapia Ocupacional: "Entretanto, na minha experiência clínica, considero que o método de Terapia Ocupacional, sobre o qual teci um breve comentário, tem demonstrado empiricamente ser bastante eficaz para a terapêutica de pacientes esquizofrênicos, particularmente naqueles em que os sintomas negativos predominam e a resposta ao neuroléptico é pequena." (140)

O primeiro caso que apresento foi-me encaminhado pelo prof. Shirakawa e inaugurou nossa parceria na clínica da psicose, que dura até hoje e inclusive se mantém nesta tese. O paciente foi atendido nos consultórios dos membros que compunham uma equipe multiprofissional - um psiquiatra clínico, um psiquiatra-psicanalista, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. É desta última que empresto em recortes a história relatada pela família de R.

2º semestre de 1977: entrevista com a tia e o paciente R.

Família de origem composta de pais e cinco filhos. Ele, com 17 anos, é o terceiro filho, sendo dois homens (18 e 17 anos) e três mulheres (uma de 19, casada, e as outras de 16 e 15 anos). Pais falecidos. O pai faleceu de acidente de automóvel quando R. tinha 8 anos. O paciente e seu irmão estavam com o pai sendo que só R.

não se machucou, tomando as primeiras providências de socorro. A família não sabe detalhes do acidente porque R. nunca se referiu a ele, “não quer lembrar o fato, pois sofreu muito, foi maltratado pela polícia.” A mãe faleceu de um aneurisma quando R. tinha 14 anos. A tia não sabe bem como foi, porque só R. estava com a mãe em casa nesse dia.

Após a morte dos pais todos os irmãos passaram a morar com a tia. Em 1975 sobrinhos e tia mudam-se para os Estados Unidos. Lá o paciente passa a usar drogas junto com uma das irmãs. De volta ao Brasil em 1976, continua a usar drogas e inicia o processo de várias terapias, sem dar continuidade a nenhuma delas. O paciente diz ter começado a fumar maconha após a morte da mãe, com 14 anos. Em outubro de 1976 foi internado por três meses. No hospital R. diz que fazia muitas atividades; jardinagem, pintura, couro, tocava violão e as que mais gostava era *ao ar livre*. No hospital diz também ter fumado maconha.

Atualmente R. faz psicoterapia duas vezes por semana e terapia familiar com irmãos e a tia a cada quinze dias, com o mesmo médico. R. se refere ao tratamento assim: “Tenho impressão de que os médicos têm o objetivo de me usar e não fui criado para servir.”

R. está sendo medicado com Haldol (dois comprimidos à noite).

Escolaridade: fez até o primeiro colegial, sendo que interrompeu ao ser internado. Sempre teve dificuldade escolar por ter sido uma criança muito inquieta e dispersa. Atualmente tem aulas particulares.

Parecer

Provém de família de origem desestruturada após a morte dos pais. Tal fato trouxe ao paciente sérias dificuldades. Além da perda de laços afetivos primários, existe a instabilidade do ponto de vista de moradia e as dificuldades que tem no relacionamento com a tia. É bastante resistente aos tratamentos propostos, observando-se que não deu continuidade a nenhum dos que foram iniciados. Contato bastante difícil, apresentando agressividade verbal. É imaturo e sem autocrítica. A família mostra-se bastante preocupada, com certa ansiedade, de tal forma a acarretar condutas inadequadas, omissões, falta de compreensão e apoio, e muito medo. R., em relação à tia, ao mesmo tempo em que toma atitudes verbais agressivas, mostra-se querendo estar com ela nas atividades de lazer. O paciente tem muita dificuldade em manter qualquer atividade prática.

Terapia Ocupacional - setembro de 1977

Desde o início R. apresenta em relação a mim uma aparente aceitação e confiança. Conta-me fatos ocorridos nos Estados Unidos, onde chegou a roubar para comprar drogas. Relata-me também o desastre e a morte do pai, um tanto confusamente, sem detalhes, num tom de voz único, monótono e sem qualquer gesto que exprima afeto ou emoção.

Em duas ou três frases conta-me recortes de fatos que mostram as dificuldades que a mãe passou após a morte do pai. Há nisso um certo ar de empatia e preocupação com a mãe, mas nada fala da morte dela. Queixa-se muitas vezes de

sentir-se preso, de não ter a cabeça no lugar, de estar confuso. Fica muito tempo parado, olhando-me, mas parecendo não me enxergar. Quando passo a refletir esse seu comportamento com um semelhante ele sorri, e a expressão parece ser de quem está esperando alguma coisa.

É comum que eu não entenda o que ele fala. Parece falar para dentro, para si próprio. Fala sempre de seus *sonhos* confusamente e sem que seja possível discriminar se são realmente sonhos ou delírios. Uma mesma palavra tem para ele vários significados e é usada para nomear vários objetos.

Durante as sessões, R. tem prolongados períodos de sonolência. Depois deles, pede-me licença para falar e não fala, apenas fica me olhando. Nas atividades é habilidoso mas nunca toma a iniciativa para escolhê-las, esperando que eu as indique. Depois que faço isto, sugerindo duas ou três, ele escolhe as mais simples e as de rápida realização. Como R. é muito receptivo às minhas solicitações para fazer atividades, e como as realiza rapidamente, em algumas sessões chega a esgotar meu estoque de sugestões, para que ele selecione as que vão ser realizadas.

Compreendo que mesmo sonolento R. tem comigo a atenção desperta. Ele rejeita a psicoterapia, os psicofármacos e a própria família, mantendo com os demais terapeutas e principalmente com os irmãos uma atitude permanente de silêncio e distanciamento. Tento, então, não fazer nada *para* ele, mas fazer *com* ele e no seu ritmo. Trabalho com pequenas realizações: tomar café, ver o sol, fazer um pouco de trabalho. Enfim, não me paraliso nem faço por ele, permitindo que ele faça ou não faça. Quando ele me solicita para conversar e não fala nada, permaneço numa atitude de quem está pronta para tal atividade. Em realidade, delicadamente, faço pequenos movimentos, para não assustar ou fazer recuar alguém que tão cedo viveu tantas perdas.

No primeiro semestre de 1978, um grande movimento ocorreu: R. queria tirar a roupa na minha sala. Isto foi imediatamente levado à supervisão e conversado com seu médico. Quando todos os argumentos estavam esgotados e era perceptível a total infantilidade dessa conduta, impus algumas regras para que ele pudesse despir-se. A fundamental era que se ele precisasse mesmo tirar a roupa ele tiraria, mas que só faria isso, não me tocando e nem se tocando. Também ficou claro que essa conduta de forma alguma interferiria no que tínhamos a fazer ali, isto é, as atividades. R. por cinco ou seis vezes despiu-se inteiramente, permanecendo sentado em minha frente e desenhando. Na penúltima vez tentou se aproximar de mim e, como havíamos combinado, eu saí da sala. Imediatamente ele vestiu-se e saiu para chamar-me de volta.

Em junho de 1978, em uma sessão, ele pediu para irmos tomar cerveja. Respondi que no consultório havia café, bolachas e chá, e que poderíamos tomar chá com bolachas. Disse-me que sim e assim o fizemos. R. ficou aparentemente muito satisfeito com essa atividade e combinamos de fazer um bolo para tomar com café. De início R. resistiu em fazer o bolo. Depois que entramos na cozinha ele aceitou que eu fosse lhe passando os ingredientes e ele os fosse misturando e batendo. Colocamos o bolo no forno e por algum tempo ficamos conversando em minha sala. Falamos principalmente de comida. Sem dúvida nenhuma essa foi a primeira conversa que

realmente tivemos. Mostrei-lhe depois como verificar o bolo com um palito, espetando-o, para ver se ele já estava cozido.

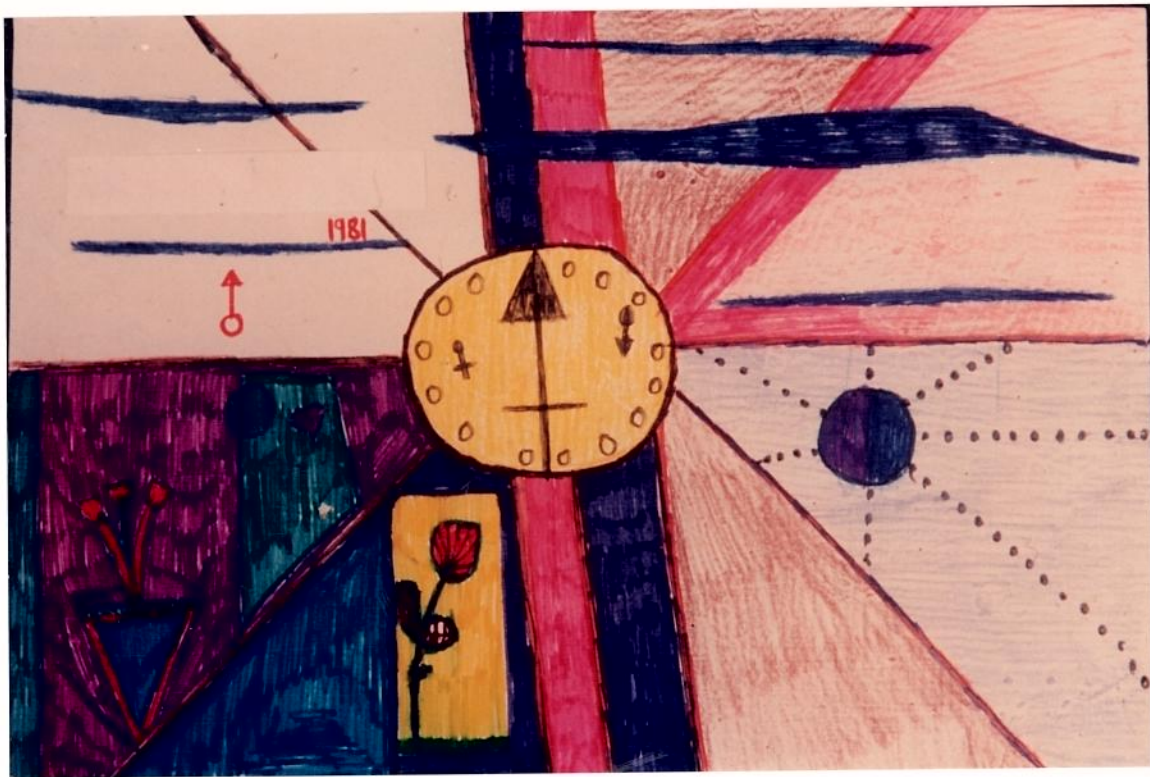
Numa bandeja, levamos para a sala de terapia o bolo, chá, xícaras, pratos e talheres. R. esfarela o bolo e espalha as migalhas por boa parte da mesa, enquanto come satisfeito. Ele acha que o bolo ficou seco, que faltava leite. Sugiro então que o molhe um pouco com chá e R. me diz: "Está confortante, quente." Eu pergunto se lembra o leite que a mãe dá para a gente quando somos pequenos. Não responde e pega um cigarro. Depois que fuma, fala da sujeira que fez e eu digo que quem sujou, limpa. Depois de limpar ele permanece sentado sem falar nada.

Então digo a ele que nosso horário acabou. Sua resposta é: "Agora você me joga na rua, escorraçado." Levanta-se, dá a volta pela mesa, aproxima-se de mim e passa o braço esquerdo em torno de meus ombros, como se fosse dar um abraço. Com a mão direita toca a minha perna levemente e diz: "Eu passei a mão na perna da minha mãe e ela morreu. Fiquei nu aqui e você não morreu." Na última vez que R. despiu-se, colocou duas cadeiras, uma ao lado da outra, frente a uma janela. Pediu-me que sentasse ao seu lado, sobre o espaldar da cadeira, apoiou sua mão sobre a minha e ficamos admirando o início de um pôr-do-sol no céu limpo do início do inverno.

Ao longo desse mesmo ano R., sem alterar muito seu comportamento, contou-me sobre a morte de sua mãe e de seu pai. Suas sessões eram quase semelhantes ao quadro que relatei mas ele conseguiu um emprego com seus parentes e agora trabalha razoavelmente. Enquanto fazia atividades 'rápidas', contava recortes de fatos ocorridos e ficava calado quando não fazia nada. Foi assim que contou-me que seu pai havia morrido no desastre "porque tentou protegê-lo com o braço para que ele não batesse a cabeça no vidro", que o vidro havia decepado a mão do pai e que seu irmão, que estava ao lado, "bateu com a cabeça no vidro e ficou desacordado".

Com oito anos de idade, após o desastre foi ele que tomou as providências para o socorro do irmão e do pai já morto por compressão da caixa torácica pela direção do carro. Da morte da mãe ele diz que ela "morreu de aneurisma cerebral e só eu estava com ela (sic)." A mãe teve o aneurisma na manhã seguinte à noite em que R. havia *passado a mão na perna dela*. A família dele só soube como havia ocorrido as mortes de seus pais depois que ele as relatou para mim.

Os trabalhos expressivos de R., que sempre preferiu fazer atividades artesanais, davam a impressão de ter como figura objetos enterrados em camadas de solo.



No caso de R., tive ajudas preciosas do prof. Shirakawa e da dra. Amina Maggi. Ele mostrou-me que a nudez de R. fazia parte de um quadro atípico, era na verdade um comportamento infantil, e isto me ajudou a sustentá-lo sem sustos ou recuos. Dra. Maggi orientou-me nessa situação de *soterramento em culpas*, ajudando-me a mastigar e a engolir toda a passagem do *materno* de Slagle à *maternagem* winnicottiana.

No primeiro semestre de 1979, R. fica em silêncio, passando quase que todas as sessões tamborilando a mesa num ritmo constante. Nesse ponto, infelizmente, cometi um erro. Ele havia abandonado o analista e o trabalho, e não tomava mais as medicações prescritas. No lugar de intensificar o número de sessões (eram duas por semana, naquele momento) eu de certa forma o abandonei quando o transferi para o Hospital-Dia "A Casa", onde ele teria toda uma equipe multiprofissional, eu inclusive, para atendê-lo. Hoje, penso que deveria ter dado um tempo a mais a R., trabalhando intensamente o seu retorno aos profissionais que ele havia abandonado. Penso isso porque creio que de certa forma R., do lugar de *abandonado*, poderia estar experimentando nesse momento o *abandonar*.

Uma vez que este capítulo trata dos resultados, é preciso ter em mente que muitos deles só são percebidos quando já não temos a possibilidade de neles intervir. Saber disso e conviver com isso é que na verdade nos fez e até hoje nos faz terapeutas de psicóticos.

UM CASO ATUAL

P. foi-me encaminhado por seu psicoterapeuta. Nos dois primeiros anos que passou comigo vários outros profissionais atendiam P. e sua família sem que fosse possível mantê-lo medicado. Reuni-me com vários destes profissionais com o propósito de criar estratégias tanto para procedimentos terapêuticos clínicos quanto para psicoterápicos

Por um tempo, tentei responsabilizar-me pela administração da medicação. Pela maneira como compreendo a terapia ocupacional, medicar-se é uma atividade de cuidado consigo próprio, do cotidiano do paciente psiquiátrico, atividade essa que pode ser orientada pela terapeuta ocupacional. Assim caracterizada, a medicação inicialmente foi ministrada por mim com o sentido de auxiliar P. a organizar-se nessa atividade. Por algum tempo a medicação foi ministrada por mim e por P. em períodos alternados que dependiam do seu estado frente a essa atividade. P. enjoava dela, não acreditava na sua utilidade e dizia sentir-se preso quando medicado. Assim, ele a abandonou justamente quando começava a aparecer seus efeitos positivos.

P. é um paciente que sofre as 24 horas do dia. Isso não é só aparente, é algo que é dito. Seu sofrimento é necessário, segundo ele, até o ano 2.000, pois a divina trindade (pai, filho e espírito santo) é ele mesmo, com o poder e a obrigação de controle e decisão sobre todas as ocorrências do universo. Este encargo que P. tem aceitado com total resignação acaba por provocar-lhe um medo profundo de tudo e de todos, uma enorme angústia pelo que é o "privilégio" (sic) de ser o "escolhido" (sic). P. não pode compreender como esse privilégio é também causa de seu infortúnio e de suas angústias. Ocupando o lugar de *pai*, por exemplo, ele havia escolhido o Collor para presidente do país por ser o melhor candidato. A descoberta das falcatruas colloridas o deixou aterrado e angustiado. Queria compreender como havia cometido esse erro ao mesmo tempo em que defendia seu *candidato*, negando as acusações públicas.

Uma boa indicação terapêutica havia trazido P. até meu consultório. Ele já sabia que iria lá para desenvolver atividades. E isso P. jamais deixou de fazer, a não ser por períodos de agravamento do seu quadro, quando definitivamente optara por professar apenas a profissão de fé, isto é, "estar onipresente e onipotente em todo o universo".

Muitas vezes já revimos seus trabalhos. Sua atitude mostra que dá muita importância a eles. Muitas vezes chegou a me *orientar* para cuidar bem de seus trabalhos porque neles está toda a sua vida. Mas quanto a fazer associações entre um trabalho e outro, isto sempre é difícil. No geral ele tem temas pré-estabelecidos que tenta desenvolver em seus trabalhos expressivos ou estruturados. Por exemplo, ao fazer um trabalho em que assume ser um *coureiro*, assim como o *filho* foi marceneiro, então faz objetos de uso pessoal para suprir assim sua própria *subsistência*. Existe aí, sem dúvida, o espírito da humildade do filho do pai celestial que é (ele mesmo) artesão e pobre.

Numa tarde P. junta alguns trabalhos que têm como tema o céu, o inferno, a água, o sol, o processo de formação e de união.

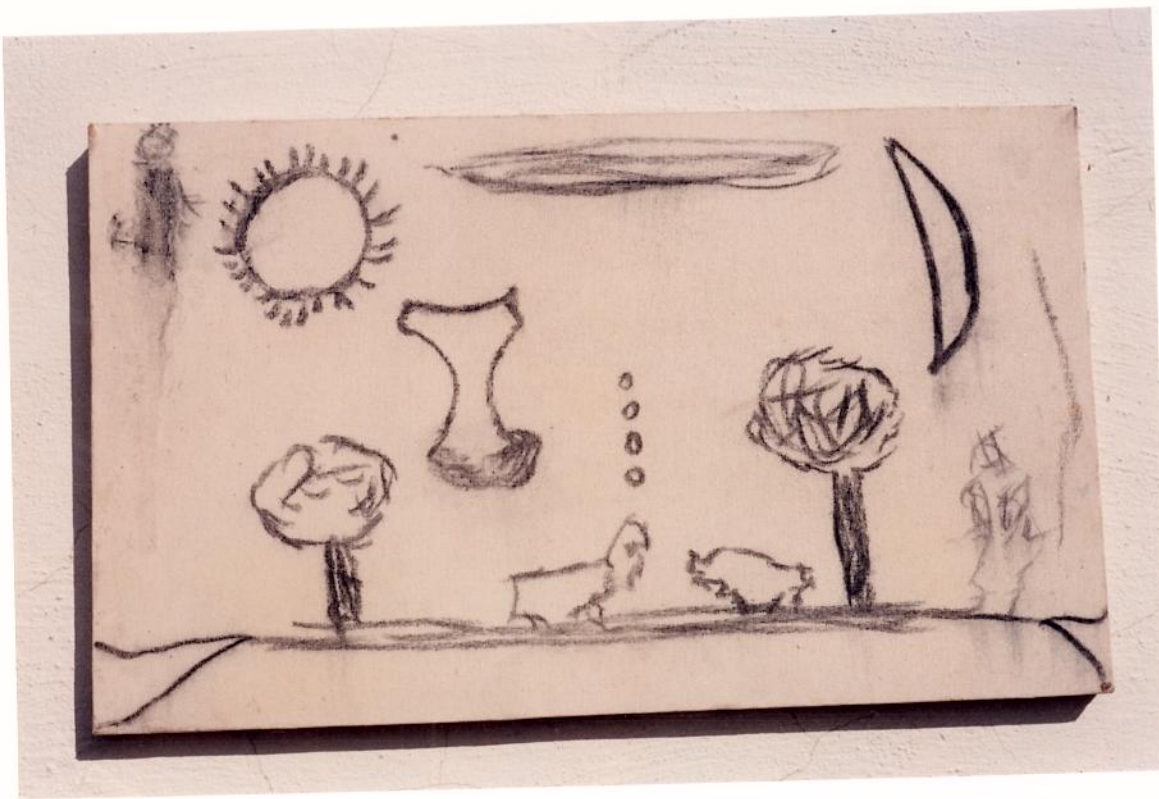


Figura I: O Espírito Santo. A fazenda.



Figura II: beleza recostada como um bebê



Figura III: Bicho de pelúcia-Vitória: criação do homem pelo sacrifício do filho

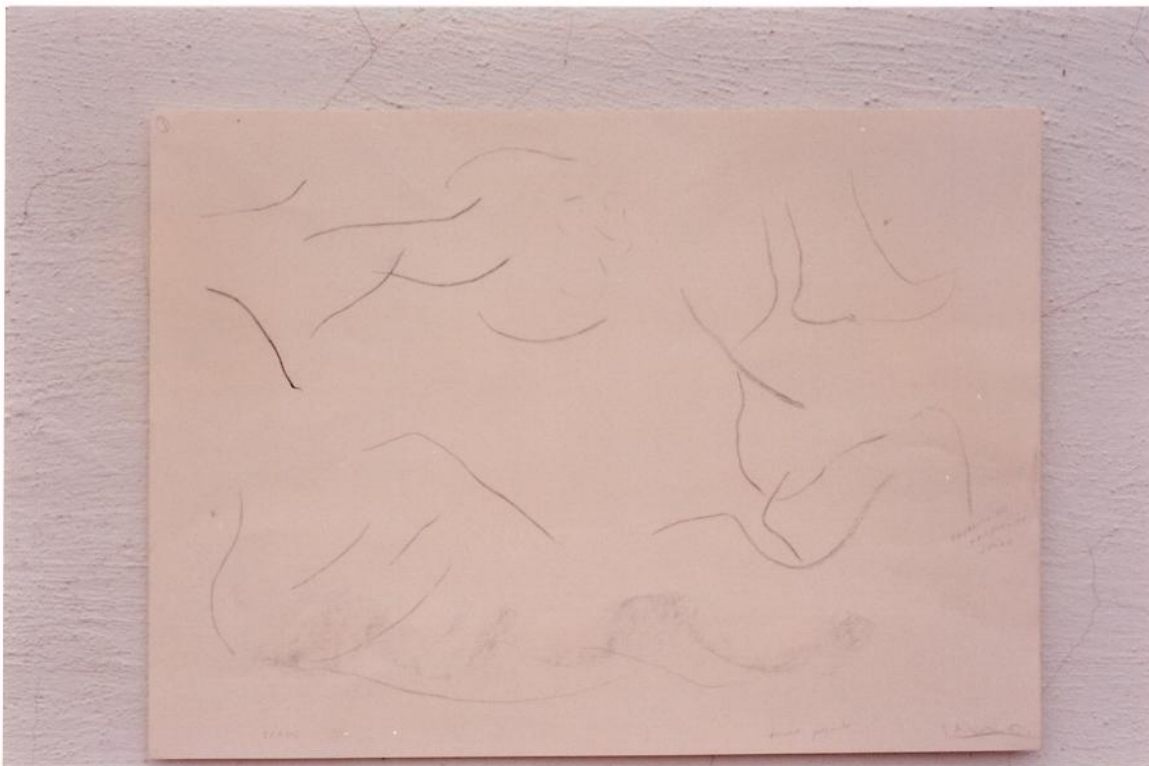


Figura IV: processo de formação, união

Figura V:
corpos e seios

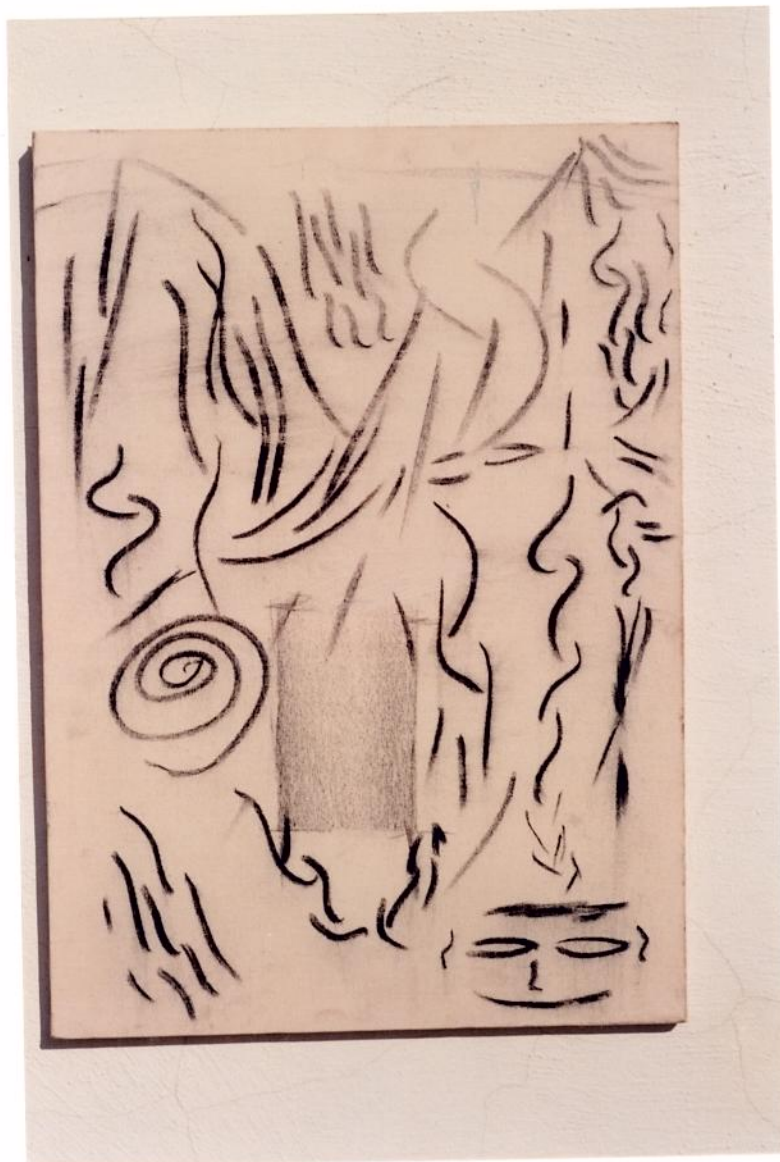


Figura VI:
está tudo aí!





Figura VII: a criação

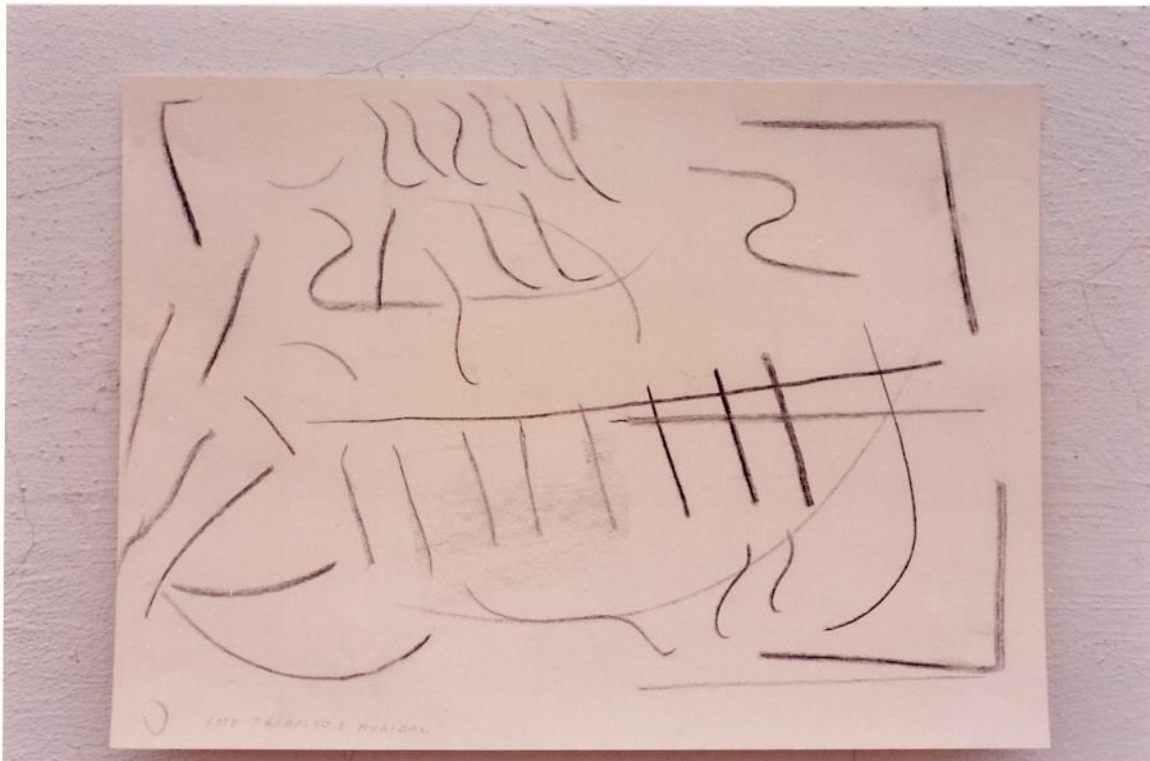


Figura VIII: um nada musical



Figura IX:
o melhor

Trabalhando com esses temas, P. consegue contar-me que no trabalho da fig.II havia uma beleza recostada como um bebê. No trabalho da fig.III havia um bichinho de pelúcia e a *Vitória*, mas ele disse que o trabalho era ruim e que lhe dava angústia. O quadro foi qualificado de baixo, pesado, suave, processo de formação, união (fig.IV). Nesse momento digo a ele que no trabalho parece-me estar se formando figuras humanas; assim como na fig.V, onde parece até ter seios de mulher. Talvez, digo a ele, o seio sirva para amamentar o bebê da fig.II. P. acha ótima essa idéia e diz, sobre o trabalho da fig.VI, que "está tudo aí." Ele se refere à fig.VII como *A Criação*.

Quanto ao trabalho da fig.VIII ele diz: "Nada, este não é nada, não aparece nada." Este trabalho não tinha nenhum tema pré-estabelecido e esta era a abertura que eu precisava. Digo a ele que este trabalho é musical. Ele se surpreende e pergunta por quê. Explico que o trabalho contém linhas retas, curvas, pontos, ângulos, vértices, todas as formas de traçados para criar um desenho. Como as sete notas musicais que servem para compor qualquer tipo de música tonal, essas formas serviam para criar qualquer tipo de desenho. Então, era musical por isso.

P. anda de um lado para outro, olhando para os desenhos, reconhecendo cada uma das formas e tomando minhas palavras para se dizer que neles estão todos os instrumentos para seus próximos trabalhos. Confesso que sair do sistema de significados dados por P. aos seus trabalhos tem sido um trabalho árduo. Por enquanto, ele aceita que temos visões diferentes e que muitas vezes a minha visão tem mais valor porque o fazem estar mais próximo das pessoas, o que é o seu desejo atual. Por momento ele pode libertar-se do árduo fardo de controlar o mundo dizendo com

alívio que "cada um tem Deus dentro de si, então eu não preciso estar sempre próximo deles" ou então "é melhor eu não ficar falando por aí que sou Deus senão as pessoas ficam assustadas e se afastam de mim".

Quando lhe disse que estava escrevendo sobre ele e seus trabalhos, esses que escolhi, refazendo de certa forma a trilha, ele pediu-me que acrescentasse nesse grupo o desenho da figura IX dizendo que esse era o melhor e que deveria ser mostrado. Hoje, as atividades realizadas por P. continuam a ser consequências de temas pré-estabelecidos, mas com conteúdo diferente: pinta o cunhado, os trabalhos de couro são feitos para serem dados de presente de Natal para seus familiares e muitos são oferecidos a mim.

Há dois anos P., que havia abandonado a medicação, teve seu quadro agravado logo após o falecimento de um tio muito querido. Ele se vê como responsável por essa morte e me explica isso laconicamente com a frase "porque sou Deus". A partir daí e no máximo dentro de dois meses, é visível a rápida deterioração física, mental e social de P. Nesse momento, chego quase a impor à sua família que procure uma assistência psiquiátrica mais efetiva. Coloco como prioridade essa conduta, frente àquela em que a família vinha sendo orientada, que era a do tratamento psicanalítico.

Com o consentimento da família levei P. ao dr. Shirakawa, que recomendou sua internação. Não sei se P. ouviu a recomendação porque o pouco tempo que passou com ele ficou perseverando na frase "não preciso de médico" (sic). Ao sairmos de lá, para tranquilizá-lo, propus um passeio. Durante toda a tarde de uma sexta-feira fiquei ora avançando, ora recuando, numa conversa *teórica-informal* sobre os tratamentos psiquiátricos, suas vantagens e desvantagens, sua necessidade e sua total e absoluta inutilidade, dependendo, é claro, do contexto.

No final desta tarde P. e eu pudemos estabelecer através do consenso que uma internação psiquiátrica pode vir a ser usada no lugar de uma medicação para os que sofrem com todos os problemas do mundo. Eu associava com tal propósito a internação à meditação, enquanto ele associava meditação ao "leão que rugiu no deserto" (sic).

À noite, um grupo de técnicos de uma empresa especializada em acompanhar pacientes em internações psiquiátricas o levou sem resistência a uma clínica. Essa internação foi um marco no processo terapêutico de P. Todas as sessões realizadas na clínica tiveram como tema central como fazer da *atividade internação* um objeto de estudo, de recuo reflexivo sobre as dificuldades da vida em sociedade.

Hoje, em dias de muita angústia, quando as vozes se embaralham e dizem aos ouvidos de P. que ele vai morrer, ele mesmo me pede uma massagem nos pés, uns bolinhos de chuva ou um naco de bolo de fubá para acompanhar o café, ou um gole de Drambuie como aperitivo para o almoço. Então, diz que me ama, que eu o trato com amor e que isto é também a salvação. Nesses momentos P. demonstra grande alívio e até mesmo alegria, pois percebe que pode libertar-se do pesado fardo de *controlador do mundo*. Diz que há esperança e acredita que poderá trabalhar, ganhar dinheiro para poder casar e ter filhos, o que lhe daria muito prazer. Tudo isso terá de acontecer até seus 76 anos, quando ele sabe "que vai morrer".

Em março de 1994 P. viajou com a família para o Rio de Janeiro. Na volta contou-me que, ao ver o Cristo Redentor no Corcovado, percebeu que aquele Cristo

estava em todos os lugares e com todas as pessoas. Então, ele próprio, P., não precisava também fazer isso.

Esta história, depois de escrita, passou pela revisão de P. e de sua mãe. Para ele, a história contém aspectos muito importantes e verdadeiros de sua vida, enfatizando que os sofrimentos e angústias que tem são bastante aliviados quando desenvolve e realiza atividades.

UM CASO DIFÍCIL

Na verdade, existem muitos casos difíceis para a Terapia Ocupacional, e quase nunca são os mais graves. Ao contrário, é difícil quando a terapia ocupacional é tomada como um lazer a mais numa atribulada vida social ou quando somos procuradas para solucionar problemas sociais.

Por um lado existe a superficialidade panfletária do ocupar-se como distração quando não se tem nada a fazer. Por outro lado, cuidar de pessoas porque a sociedade tem problemas com elas, tem acarretado muitas dificuldades à terapia ocupacional. A título de exemplo, pessoas de terceira idade são frequentemente encaminhadas a fazer terapia ocupacional. A maior parte delas chega pela demanda implícita da família e/ou profissionais para ocuparem-se com algo e assim não atrapalhar todo o sistema de organização social vigente, que privilegia a juventude.

Acontece que a maior parte dessas pessoas não tem um problema maior do que o envelhecimento, que acarreta dificuldades sociais. Quem tem problemas, na verdade, é a sociedade, que não conta com programas ou projetos sociais, contribuindo assim para o adoecimento e a conseqüente exclusão do convívio social das pessoas. A solução para esse problema não é da ordem da terapia ocupacional e sim da Terapia Ocupacional, que considero a profissão mais importante para planejar, programar e executar projetos na área social.

Existem muitos outros casos difíceis. Aqui, como tratamos de questões da clínica da Terapia Ocupacional, o mais difícil, provavelmente, tomando o diagnóstico emprestado da psiquiatria e da psicanálise, são os neuróticos. Olhando-os através da terapia ocupacional, esses pacientes têm sempre uma maior ou menor tendência em controlar o social. Ao contrário do nosso paciente *excluído*, estes sofrem de *inclusão total*. O que, de certa forma, os faz também excluídos, mas desta vez através de um procedimento de complexidade tão diversa do nosso *excluído* que é fácil ver a diferença. Basta lembrar como os alcoolistas internados, após a desintoxicação, tornam-se trabalhadores muito produtivos em nossas salas, e em pouco tempo impõem-nos a condição de apresentarem-se como co-terapeutas.

Muitos são os pacientes, homens e mulheres, que após ter “conseguido” o que queriam com sua última crise (bom momento, aliás, para a intervenção em terapia ocupacional, mas veremos isso mais tarde), exploram e às vezes até expoliam, nossas salas, os pacientes psicóticos e a nós mesmas, terapeutas, através de uma reivindicação constante de atenção, produção e benfeitorias, sem nunca esgotar suas

condições de mantenedores de desejos constantes e absolutos. Essa forma de assim estar, ou até de ser, um comportamento de *atuações*, encontra na terapia ocupacional um lugar privilegiado para ser desencadeado, mas não consigo imaginar como isto pode aí ser tratado.

Para mim, esses são os pacientes excluídos da terapia ocupacional. Mas não tão excluídos a ponto de não serem assistidos. O excluído, então, fica apenas na teoria. Na prática, muitos se beneficiam da terapia ocupacional. No Ambulatório de Doenças Afetivas (D.P.P.M.-E.P.M.), os pacientes encaminhados para a terapia ocupacional, não são apenas aqueles diagnosticados de doentes afetivos. Muitos são realmente neuróticos. Dos doentes afetivos a literatura fala (Del Porto, 1989) da não produção de transtornos irreversíveis da personalidade. Em psicanálise tem-se privilegiado a compreensão de tais episódios (Green, 1989), como resultantes de "estruturas clínicas". Observa-se na clínica indivíduos tanto poderem ter episódios reincidentes da doença, como poderem também nunca mais os ter. Captados pelo olhar da terapeuta ocupacional, muitos desses pacientes, mesmo após um único episódio crítico, passam a viver como doentes. É comum que o ter tido uma *doença*, ou *sentir-se doente*, apareça nos depoimentos dos pacientes. Na maior parte das vezes, fala-se, por exemplo, de que após um episódio depressivo profundo, um corte se faz de tal forma a deixar para sempre registrada a mudança. Para muitos pacientes, isto é o equivalente a *nunca mais ter sido o mesmo*.

Imagino que como nesses episódios quase não existe alteração de consciência, um sofrimento a toda prova é vivido, deixando para sempre a marca da infelicidade. Mais infeliz ainda são aqueles que têm ou tiveram mais de um episódio e, conscientemente, ficam à espera do *acontecer de novo*. Como cicatriz ou como ferida, esses episódios trazem como consequência alterações importantes para a vida relacional e afetiva, e também na produção desses indivíduos. Quando, em terapia ocupacional, observo neles uma tendência em transformar a rotina do cotidiano em acontecimentos trágicos. A vida social e em sociedade é carregada como um grande peso. No discurso, predominam exposições que colocam presentes a relação entre vida e morte, o afastamento da vida sexual e a monotonia em contraposição ao humor. Há uma real diminuição da área de produção em todos os sentidos, sendo inclusive comum a mudança e o abandono da profissão, do trabalho e do lazer.

Como em toda a terapia ocupacional, para esses pacientes tudo começa pelo fazer. Aqui, para um fazer que aponte o novo, a novidade, de tal forma a terapeuta ocupacional possa, pela realidade das realizações, se instrumentalizar para o acontecer de uma relação.

Em início de supervisão para especializadas, costumo usar uma metáfora para caracterizar o lugar da terapeuta ocupacional nesses atendimentos. Temos de agarrar esses pacientes pelos cabelos e dar um puxão inicial, para depois poder mantê-los firmemente agarrados ou, pelos menos, com a cabeça fora d'água. Isso se faz com afeto, humor e atividades. Há uma grande relevância e ênfase a serem dadas à realidade externa, no sentido de vivenciar transformações e mudanças. Assim sendo, num primeiro momento, um bom produto é tomado como incentivo às novas atividades. O de fora, que pretende caminhar para dentro, é mostrado através dos grupos de terapia ocupacional desenvolvidos no Ambulatório de Doenças Afetivas do

Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina. As sessões de grupo transcritas a seguir são parte do relatório final da terapeuta ocupacional Cláudia Negrucci, então especializanda no serviço citado acima.

"Primeiro tempo do grupo

Data: 5/9/1990

O atendimento inicia-se com a chegada da paciente B. (sexo feminino, nascida em 23/5/59, casada. H.D.: síndrome de pânico). Ao retomar o tricô que havia começado a aprender na sessão anterior, conta que havia pensado muito nessa atividade durante a semana. Sentiu vontade de fazê-la nos momentos em que se sentia muito só e triste. Acreditava que fazendo tricô em casa provavelmente conseguiria esquecer as coisas ruins que passam pela cabeça, já que quando está no grupo fazendo coisas sente-se muito bem. Chegou a pensar em comprar agulha e lã, mas ficou com medo de não conseguir fazê-lo sozinha e sentir-se incapaz.

A paciente F. (sexo feminino, nascida em 26/10/67, casada. H.D.: doença afetiva bipolar) chega 45 minutos atrasada, solicitando uma mudança de horário, pois está com dificuldade de chegar cedo. Retoma a colagem que havia iniciado na sessão anterior comentando sobre as figuras que recorta. Conta que seu ídolo foi Raul Seixas e que sentiu muito não ter ido ao seu enterro. B. interrompe-a dizendo que não gosta de falar de gente morta, porque depois não consegue dormir à noite. F., respeitando o pedido de B., imediatamente passa a comentar novelas. B. novamente interrompe-a dizendo que não consegue assisti-las porque fica muito impaciente e às vezes tem crise de choro.

Percebe-se que esse momento está relacionado com a chegada do marido em casa, após o trabalho, e que o desempenho de B. tem a ver com o desejo do marido em manter relações sexuais com ela. B. conta que numa ocasião dormia com uma faca embaixo do travesseiro com o objetivo de se proteger, caso o marido a forçasse a manter relações com ele.

B. retoma o assunto sobre a atividade que aprende no grupo: "Essa semana pensei muito no tricô. Se eu soubesse, poderia ter feito." A atividade aparece como algo que 'alivia' B. nos momentos em que se sente angustiada no grupo, de tal forma a possibilitar a conversa entre as duas pacientes. Isso tornou possível rever a questão da organização do próprio grupo. Horários, atrasos, faltas, restando como proposta a hipótese remota de uma mudança de horário.

Data: 5/12/90

C. chega ansiosa ao grupo. Veio da consulta médica e portanto atrasou-se um pouco. Conta que está sentindo-se muito agitada e que por isso o médico alterou sua medicação. Solicita continuar a fazer o colar que havia iniciado em outra sessão. Tem pressa em terminar o mais rápido possível, pois quer usar no final de semana quando sair com o noivo, "para ficar mais bonita."

D. trouxe uma agulha de smirna. Comprou e não sabe como trabalhar com ela. Pede ajuda para aprender a fazer tapeçaria. A. continua com o tricô que havia iniciado. B. mostra ao grupo, e não só à terapeuta, uma blusa de tricô que fez em casa, coisa

que não acontecia até então. Fala da rapidez com que fez a blusa devido à dedicação quase integral a essa atividade. B. junta-se a C. (Sexo feminino, nascida em 7/10/63), solteira. H.D.: transtorno bipolar) e a E. (Sexo feminino, nascida em 15/9/41, casada. H.D.: depressão maior recorrente) para fazer colares. Essas três pacientes trocam receitas e discutem materiais para atividades. B. sugere um café, faz e serve às colegas. O comportamento de B. é diferente nesse momento do tratamento, quando consegue se juntar ao grupo todo e participar do mesmo de forma descontraída.

As terapeutas se dividem entre ensinar as atividades para D. (Sexo feminino, nascida em 8/6/46, separada. H.D.: episódio depressivo maior) e A. (Sexo feminino, nascida em 24/2/43, casada. H.D.: distúrbio bipolar) e participarem da conversa que surge sobre as atividades para o Natal. O horário está avançado e o grupo termina com um protesto sobre o pouco tempo.

Segundo tempo do grupo

Data: 20/2/91

A paciente B. chega chorando. Deixa sua bolsa sobre a cadeira e imediatamente dirige-se ao armário. Pega papel e giz de cera. A terapeuta pergunta o que está acontecendo. Já sentada frente à mesa, mas sem iniciar o trabalho, diz estar muito ansiosa e sentindo-se agressiva com o marido. Está maltratando-o sem necessidade. Por ter passado mal na semana anterior, ficou três dias internada em um Pronto Socorro.

Neste momento, chega a paciente F. desculpando-se pelo atraso e dirigindo-se à máquina de café. Enquanto faz o café, comenta de maneira aparentemente indiferente que foi confirmada sua suspeita de gravidez. Por outro lado, mostrou-se preocupada com uma ferida que tem no colo do útero e que só poderá ser cauterizada após o parto. Com isso, não tem conseguido ter relações com o marido. Sente-se fria em relação a ele. Nesse momento, conversamos sobre o relacionamento sexual com dor (por causa da ferida) ou quando não se tem vontade de tê-lo. Enquanto falamos, B. levanta-se e vai ajudar e ensinar F. a usar a máquina de café. Ela, que parecia voltada para si mesma até então, envolve-se totalmente com F. na confecção do café.

C., que estava preocupada há algumas sessões, acaba de entrar pedindo desculpas pelas faltas e atrasos. Explica para a terapeuta que esteve nos dias passados muito triste e que, por isso pela falta de dinheiro, esteve ausente. Digo que o grupo lá está para acolher quem está mal, ou quem está bem. Quanto ao dinheiro, faço sugestão de recorrer ao serviço social, que possui uma verba para isso.

A paciente B. deixa que F. termine de fazer o café e retoma a atividade de desenho que ainda não havia iniciado, mas apenas pega o material. A partir daí fica extremamente entretida com ela, chegando a não ouvir quando outras pacientes a solicitavam. Quando ouve que C. a está chamando, coloca o seu desenho escondido sob a mesa e, só depois que se falam, ela assina o desenho e pede-me para guardá-lo. Depois disso fica calada até o fim da sessão.

F., após servir o café, vem para a mesa, faz um desenho e comenta que é tão infantil como o do filho. Passa a completá-lo com objetos e traçados, que imagina que seu filho não conseguiria fazer. Quer, a todo custo, diferenciar o seu desenho do de seu filho. C. não faz nenhuma atividade pela falta de tempo. O grupo está por terminar.

B. vai à pia e lava a cafeteira, parecendo estar mais tranquila. O tempo acabou, porém ninguém se dispõe a sair. Conversamos, então, um pouco mais sobre a dificuldade de ter que voltar para casa. C. diz estar triste, principalmente por ter ficado pouco tempo no grupo.

Data: 29/5/91

A sessão inicia-se com a presença das pacientes, B., D. e E. B. conta-nos que há mais ou menos duas semanas, após sair de uma sessão de terapia ocupacional, teve 'tontura', a 'vista escureceu' e 'sentiu muito medo'. Foi socorrida por um rapaz e lavada a um Pronto Socorro de um hospital onde foi medicada (não sabe com o quê) e depois liberada. D. diz então que, em situações como essa ou em momentos de desespero nos fins de semana, pode-se procurar o CVV. Diz ter o telefone de lá, pois já fez uso desse serviço e oferece-os às colegas. Procura-o em sua bolsa mas não o encontra. A partir daí trocam os próprios telefones para marcarem um encontro para saírem juntas, oportunidade em que será passado o telefone do CVV.

Depois, proponho que todas escolham uma nova atividade para fazer. Vão em direção aos armários em busca de material e de idéias. D. sugere que todas façam tapeçaria. Todas aceitam, sendo que D. e F. cortam a tela para si e para as colegas, perguntando o tamanho para cada uma. A terapeuta pega um pedaço pequeno de tela e, com todas à sua volta, faz uma amostra em arraiolo. Todas ficam muito atentas. Uma de cada vez faz alguns pontos nessa amostra iniciada pela terapeuta. Em seguida, iniciam seu próprio trabalho. Quando isto acontece, já está quase no fim da sessão. D. diz que gostaria de fazer uma atividade em casa, porque essa atividade é muito demorada e isso tomará muito mais tempo, ficando difícil aprender a fazer outras atividades no grupo. Ficou combinado que deveriam trazer essa atividade para o atendimento quando tiverem dúvida ou apenas para mostrar sua evolução.

Data: 12/1/92

Após um mês de férias, a terapeuta retoma o grupo. Nesse tempo foi substituída por duas co-terapeutas. Nesse início de ano, algumas pacientes tiveram alta. Outras estão iniciando a terapia, sendo que G. (Sexo feminino, nascida em 28/7/39, viúva. H.D.: episódio depressivo maior), H. (Sexo feminino, nascida em 11/3/25, casada. H.D.: episódio depressivo maior), I. (Sexo feminino, nascida em 7/2/64, solteira. H.D.: transtorno bipolar) e J. (Sexo feminino, nascida em 9/9/49, casada. H.D.: distúrbio bipolar misto) já têm suas histórias coletadas, mas K., L. e M. ainda não. Das pacientes antigas que ainda permanecem no grupo, só A. está presente.

Na sessão anterior a terapeuta substituída havia sugerido que as pacientes fizessem cada uma a mesma atividade. Estavam todas, então, fazendo bairns em pano de prato, que depois seriam bordados. A gestão da atividade nesse grupo foi feita pelas próprias pacientes. Quem sabia fazer bainha ensinava às outras, assim como será com a pintura e o bordado. Mesmo as pacientes que não haviam participado da sessão anterior gostaram da idéia e prontamente aderiram à atividade.

Diferentes formas de ensinar e de fazer a atividade apareceram nesse grupo. Entretanto, frente às dificuldades, a terapeuta era sempre solicitada. As frases 'eu não consigo', 'eu sei, espera aí, vou ensinar', 'desse jeito não dá' etc., e as atitudes frente

ao ensinar, aprender e fazer, foram muito ricas para que a terapeuta pudesse compor um quadro de auto-estima, desejo, capacidade, impotência, tolerância etc. Sem dúvida, para um grupo de muitas pacientes recém-chegadas, esse tipo de condução da atividade levanta a possibilidade de coleta de dados a serem associados em sessões posteriores.

Concomitantemente, a conversa girava em torno das pessoas novas no grupo. É contada uma breve história desse grupo. A participação da terapeuta recém-chegada de férias e, portanto, em parte se sentindo estranha, dá ao grupo um *feed-back* da dificuldade de aceitar saídas e entradas, de asseguramento e continência à inclusão, criando em todas a expectativa de melhora e alta.” (Cláudia M.Negrucci, E-2)

O recorte que faço, no relatório apresentado pela especializada Cláudia Negrucci, resulta, sem dúvida, numa perda para a noção de processo desse grupo. A distância de seis meses entre os dois tempos do grupo mostra como resultado seu movimento positivo. Eis alguns exemplos dos trabalhos desse grupo:

Figura I



Figura II



Figura III



Figura IV

Figura V



UM CASO CHATO

Conviver com um toxicômano não é nada agradável porque ele, normalmente, é um chato. Pior: é daquele tipo de chato que se interessa por um único assunto, *a sua incrível e maravilhosa paixão por aquela que lhe dá todos os prazeres do mundo*. Para sermos sua terapeuta temos de conquistá-lo. Mas como conquistar alguém que na maior parte das vezes vem até nós obrigado por terceiros e com o intuito de nos convencer de sua paixão pela *outra*? Mas antes de nos preocuparmos em como tratá-lo, vamos a uma história real. Vamos *deixá-lo falar*. Atenção: é o primeiro dia *dele* no grupo de acolhimento do Programa de Orientação e Atenção a Dependentes de Drogas do Departamento de Psiquiatria e Psicologia da EPM (.PROAD).

Co-T: - Pessoal, este é fulano... - Imediatamente um paciente do grupo pergunta ao recém-chegado se ele se picava.

P: - Sempre usei tóxico. O primeiro tóxico era um puta anestésico. Depois eu picava. Cheirava 10, 15, 20 gramas de cocaína.

Co-T: - Você quando se picava tinha cuidados profiláticos? A questão das seringas, das agulhas... Se tinha, quais eram esses cuidados?

P: - O que é isso? Ah, sim! Saí de Santos quando tinha 27 anos, dez anos atrás. Conheci a maior zona de prostituição do Brasil: o cais. O homossexual é foda, usa drogas; então vai disseminando o vírus da Aids. Em Santos, há dificuldade de se encontrar seringas à venda. Mas não estou mais lá. Morando aqui, tenho todos os meus apetrechos.

Co-T: - Você é casado?

P: - Solteiro. Então não se encontra seringa, não tem nem pra remédio de bronquite que precisa de seringa e agulha. As pessoas usam as que têm. Lavam na água corrente, fervem.

Co-T: - Só isso?

P: - Lavam em água corrente e, se as pessoas têm paciência, fervem com bicarbonato.

Co-T: - Como você se picou ultimamente?

P: - Faz sete meses que não uso tóxico.

Co-T: - Está sendo difícil não usá-lo?

P: - Estive internado 30 dias, tomando remédios. Ela não me prejudica porque nunca tive ataque epilético, nada. Dr. R., meu médico, perguntou todos os remédios que eu estava tomando e eu sempre falei com ele sobre isso, sempre me preocupei em saber tudo sobre os remédios que estava tomando. Fui o primeiro drogado naquela clínica, que era de alcoólatras. Daí fiquei tomando Tegretol e Diazepam. Parei de tomar remédio. No dia seguinte me deu uma depressão e não conseguia dormir.

Co-T: - Você está tomando alguma medicação?

P: - Continuo tomando Diazepam. Daí pra frente não está me dizendo mais nada... a droga.

Co-T: - Você usa bebidas alcoólicas?

P: - Não queria beber.

Entra um outro paciente no grupo. P. interrompe sua fala por alguns momentos e depois retoma o que dizia, sem prestar atenção ao recém-chegado, ao contrário da maioria dos presentes, que fica atenta ao novato. P. fala sozinho durante algum tempo, até que a atenção de todos retorna para ele.

P: - Mas... o médico liberou a bebida. (Ninguém o ouve porque todos estão com a atenção voltada para o recém-chegado). Sendo que a bebida nunca usei sem a droga. Só que a bebida me estimula a usar tóxicos. Como nunca tive problema com a bebida... Eu bebia só para cortar a paranóia - o efeito da cocaína. Mas beber sozinho, não. Mas realmente não sinto... que não posso beber. Por enquanto. Estou afastado até voltar ao normal. Faz quase 25 anos que uso tóxico.

Co-T: - Seus pais sabem que você faz uso de drogas?

P: - Dos 18 até os 23 anos meu irmão já sabia. Sempre avisaram meu irmão. Mas saber mesmo... só quando ela começou a pegar mesmo.

Co-T: - Será que seus pais fecham os olhos? Não querem ver?

P: - Minha mãe veio a saber quando a droga começou a pegar mesmo... Porque a cocaína apareceu em 1980, mas em Santos já havia aparecido há mais tempo. Então, é de 70-80, tinha desconfiança que eu usava. E de três anos pra cá entrava em casa, usava em casa. É depressivo para uma mãe, é loucura ver o filho drogado e tudo o mais; mas sabia que... que... realmente eu não queria mas meu subconsciente, por mais que eu não quisesse, dava três, quatro ou cinco dias, não tinha jeito... os lugares que eu passava o coração disparava, sabe? Mas agora já estou preparado.

Co-T: - Você trabalhou isso na internação?

P: - Sim.

Co-T: - Sei pai sabia?

P: - Meu pai morreu sem saber. Acho.

Co-T: - Talvez ele tenha fechado os olhos, talvez não quisesse ver...

P: - Com 10 anos eu já trabalhava com meu pai na banca de jornal. Sabe, em banca de jornal o negócio é picante. Às 4 horas da manhã eu já estava lá. Aparece de tudo. Meu pai era doente, tinha bronquite asmática, sofria do coração. Então, eu logo comecei a tomar conta da banca de jornal, me drogava já de madrugada.

Co-T: - Houve alguma mudança em seu comportamento?

P: - Sim.

Co-T: - Ninguém percebeu?

P: - Mas tóxico antigamente... A droga antigamente tinha um pouquinho de razão para uma pessoa usar. Hoje não tem, porque é cocaína. Os efeitos que os tóxicos tinham eram diferentes, não tinha paranóia.

Co-T: - (Dirigindo-se ao grupo) - As pessoas perseguem o usuário?

Outro paciente: - A cocaína, hoje, acho bem natural...

P: - Daí começa a picar, depois vem a paranóia.

Outro paciente: - Então, você pode estar escondido dentro de um buraco e você acha que todo mundo está vendo.

Co-T: - De certa forma, quem usa a droga também vira perseguidor porque vai atrás da droga, persegue a droga.

P: - Ele fica psicologicamente com problemas. A cocaína é assim mesmo, é visual, e você escuta...

Co-T: - Você fala muito dela.

P: - Falo dela porque a cocaína, para mim, é mais do que droga, é uma droga que não vale nada. Antigamente os psicotrópicos eram bem melhores que a própria cocaína, no sentido que estou falando, não no sentido que fosse bom, mas não deixava grilado. Você conversava, você de gola careca ajustava o colarinho, ninguém percebia nada, você trabalhava normal, a cocaína não... a cocaína é boa durante dois, três, quatro, cinco anos, depois começa a pegar, para quem cheira e para quem toma.

Co-T: - E os outros produtos que, de certa forma, são lícitos? Como é isso?

P: - Até a época do Perventim, até 1969, vendiam na farmácia fácil, fácil. Depois começaram a perceber que um grupo... como o xarope...

Nesse momento sento-me no grupo e tento começar a cumprimentar os presentes. Com o olhar, P. faz-me calar. Sento-me ao seu lado e ele continua como se nada tivesse acontecido.

P: - Bebida, barbitúricos e anfetaminas são outro grupo... Há também os psicotrópicos, cada um deles é diferente. (Ele fala mais um pouco sobre essas drogas. Interrompo-o)

T: - Você está usando drogas atualmente?

P: Não uso mais há sete meses.

T: - Duvido!!! (Esta intervenção funciona como um corte. Ele tenta falar novamente mas o interrompo de novo) Aliás, você está com ela agora mesmo! Você está falando só dela! (O grupo me diz que sim, respondendo todos ao mesmo tempo e cada um se encaminhando para suas atividades. Com essa conduta violenta e também apaixonada a terapeuta *poda o chato* para que seja possível abrir espaço para fatos novos ou para novas paixões, menos paralisantes, se é que isto é possível.)

O diálogo acima foi transcrito de um dos vídeos realizados pelas terapeutas ocupacionais, supervisora e especializadas de Terapia Ocupacional do PROAD. Durante dois anos dirigi um grupo que denominamos de *Acolhimento* e que pretendíamos que fosse a porta de entrada dos pacientes àquele serviço. Ele acontecia uma vez por semana e era aberto a qualquer pessoa que aceitasse participar. Dessa forma participavam dele pais, mães, irmãos, namorados, amigos, maridos e outros.

Como pressuposto para tal acompanhamento, tínhamos a posição de nosso chefe de equipe, Dartiu Xavier da Silveira (1988) sobre o toxicômano: "O toxicômano é um indivíduo que se vê diante de uma realidade objetiva e subjetiva desagradável, que não consegue modificar ou a qual, sequer, adaptar-se. A conduta toxicomaniaca se apresenta, então, como alternativa para a situação: diante da impotência completa frente a uma realidade insuportável, somente resta como recurso a modificação da percepção dessa realidade com a utilização da droga. A vida só se torna possível com a droga. Nessa fase a droga cumpre o seu papel viabilizando a existência do toxicômano. Entretanto, com o decorrer do tempo, acirra-se a dependência e aparecem os fenômenos da tolerância. A droga deixa, então, de ter a capacidade de desempenhar aquele mesmo papel. O toxicômano encontra-se aqui em um momento de crise, quando percebe que continua não podendo viver sem a droga e, paradoxalmente, não pode mais viver com ela. É o aparecimento da crise toxicomaniaca, momento de grande intensidade existencial em que aflora toda a

dinâmica que não pôde ser vivenciada anteriormente e que resultou no estabelecimento daquela relação de dependência com o produto. Sem a droga, o toxicômano é remetido à sua problemática inicial, que se apresenta mais uma vez, agora acrescida de um profundo sentimento de impotência advindo da constatação da falha do seu projeto toxicomaniaco. Para esse indivíduo, com uma identidade adulta pobremente estruturada, a depressão desse momento crítico costuma ser tão avassaladora que o potencial destrutivo da crise torna-se elevado. O sentimento de perda e morte costuma ser vivenciado pelo dependente como aniquilação do seu próprio ser. Nestes casos, a falência egóica poderá levar ao aparecimento de um quadro psicótico.” (141)

Se é a droga que viabiliza a existência do toxicômano, o diálogo antes apresentado traz essa confirmação. Nesse caso, pode-se dizer que o paciente já não precisa da droga, mas não pode mais estar sem ela. Ele demonstra isso através do monólogo apologístico sobre o que é sua vida, ou melhor, sobre todas as coisas que nela são vividas na relação com a droga. Pode-se falar do abandono, da droga, do não uso, da sua qualidade, de benefícios e malefícios, mas não, é só dela que se fala, somente através dela é que o indivíduo acha que pode estar em algum lugar.

No grupo de acolhimento, realizado pelas terapeutas ocupacionais, mantém-se a consígnia do *fazer*. Assim sendo, terapeutas e atividades estão à disposição dos dependentes e seus acompanhantes para construir, desde a recepção, um espaço que se interponha entre o toxicômano e a droga. Para abrir esse espaço é impossível deixar um dos dois de lado ou simplesmente retirar a droga de cena. É preciso tentar incluir, sem excluir. Para receber o dependente e sua droga temos a obrigação de marcar presença, presença forte, violenta e sedutora o bastante para despertar uma nova paixão pela vida. É por isso que penso que, para receber um toxicômano, o simples acolhimento é pouco, é preciso montar uma verdadeira recepção, e nela estará em jogo a possibilidade de despertar no dependente algo que o faça retornar, mesmo que esse retorno seja intermitente.

O ideal seria mostrar, agora, um filme sobre um desses encontros. Sei que a narração e a transcrição pura e simples dos diálogos irão acarretar a perda de detalhes importantes mas não há outra solução. Então, vamos a elas:

O grupo tem início com os participantes se apresentando. A terapeuta solicita que se fale sobre a droga nessa primeira intervenção de cada um. Assim, a apresentação fica permeada pela droga, como é a própria vida do dependente. A cada um que se apresenta a terapeuta interrompe pedindo mais informações sobre o uso, o tipo e o tempo de abandono da droga, tecendo comparações entre um usuário e outro.

P. diz que parou de usar cocaína quatro horas atrás. Para que seu discurso não se estenda só sobre essa *relação*, como o monólogo do paciente apresentando anteriormente, a terapeuta o interrompe dando a palavra a um outro, que diz que não *cheira* há três meses. Novamente a terapeuta interrompe, dando a palavra ao primeiro para que complete o que estava dizendo sobre o uso da coca até quatro horas antes. Quando novamente o discurso se alonga, a terapeuta o interrompe novamente e passa a palavra a um terceiro paciente.

Depois disso, naturalmente, começa a existir a entrada da fala de um na do outro. A terapeuta os interrompe para que uma mãe presente também possa falar

sobre a droga. Ela diz que sabe o que é a droga através de seu filho. Enquanto essa dinâmica grupal se desenrola, outra tem início, sob essa primeira: as co-terapeutas (também terapeutas ocupacionais) fazem dupla ou trio com os pacientes e, através de uma relação dual, começam a introduzir as atividades que serão realizadas nesse tipo de relação.

Materiais são distribuídos e cada dupla ou trio conversa e organiza-se através do fazer atividades. Para o grupo geral, a terapeuta faz um desafio, traduzido na seguinte questão: "Há quatro homens nesta sala. O que acontece na vida desses quatro homens?" A resposta é bastante significativa, até porque vem na forma de outra pergunta: "Em relação a quê?" Do outro lado a resposta é: "Está tudo detonado." A terapeuta, então, faz outra pergunta: "Afim de contas, vocês não fazem nada para vocês? Só têm prazer?" Uma resposta: "O interessante é que o prazer, aqui, é desprazer." A conversa circula com a droga: seu prazer e desprazer. O grupo se anima. As histórias ficam mais longas, todos falam, contam experiências. Isto é apontado e um dos pacientes diz: "As meninas trepam com a gente em troca de uma bicada."

Os relatos ficam mais e mais calorosos. Uns acham que trepar drogado é melhor. Outros dizem que sob efeito da droga só dá para trepar uma vez, nunca mais do que uma. Todos acabam por reconhecer que não sabem o que sentem e o pouco que percebem ao treparem drogados. Depois vem o afastamento do sexo, restando como fantasia a busca de identificação com ídolos, aqueles que têm fama, poder e sexo, os diferentes. Alguém diz que um deles é Ayrton Senna. Nesse momento a terapeuta intervém para impactar: "É mentira!" Todos se voltam para ela, que continua: "Há no Senna algo que se parece com vocês, ele também é um drogado, só que seu vício é um carro de fórmula 1." A conversa gira então sobre as diferentes formas de se drogar, o que leva em seguida a discussão para os motivos. Ninguém tem a mínima idéia de quais motivos levam uma pessoa a se comportar como um toxicômano ou viciado nesse ou naquele tipo de droga. Tudo pode se tornar uma droga, mas isto não pode ser compreendido. A terapeuta questiona sobre a família e há um reconhecimento de que todos *detonaram* as famílias e por isso elas os *abandonaram*. Há muitas queixas sobre esse abandono.

A terapeuta intervém dizendo sentir-se uma droga, que é usada e depois jogada fora. Todos os presentes dizem-se culpados pelo uso da droga mas não estão dispostos a mudar, não querem ir fundo e conhecer a essência de seus problemas. A terapeuta termina abrindo espaço para falar dos outros atendimentos do programa, iniciando com a frase: "Se é para vir aqui usar, tem que ficar." A resposta de um deles: "Quando eu venho aqui procurar você como amiga, você coloca interrogações em mim." O espaço da dúvida está aberto e, a partir daí, existem os que entram e os que não entram no jogo. Ao dizer isso a terapeuta exemplifica com a irmã de um deles, que não quis entrar no grupo: "Será que ela pensa que não tem nada a ver com a droga? Todos temos. Antes do drogado destruir a família, como vocês pensam, algo foi criado como um problema que encontrou solução no uso da droga."

A mãe presente entra em defesa da terapeuta: "É claro que todos têm a ver com a droga. Eu gostaria de ter sabido dela antes." Um dos pacientes diz, então, que a droga é a amante ideal, escondida, silenciosa. A terapeuta, explicando à mãe, fala dessa paixão avassaladora e da dificuldade de deixar essa amante. Há nesse momento

um aumento de atividade no grupo e bastante barulho. Um bate fortemente a argila na mesa, outro sai da cadeira em busca de material, outro pede ajuda a uma co-terapeuta. A terapeuta sai do seu lugar para enfatizar esse momento, ajuda um dos pacientes a esculpir um corpo humano. Nesse trabalho é preciso fazer um pescoço forte para sustentar uma grande cabeça. A terapeuta toca o pescoço do próprio paciente para que ele perceba sua curva e sua força de sustentação. Depois circula pela sala vendo, constatando, tocando e avaliando cada trabalho. A atividade intermedia a aproximação e permite a relação de troca. A atividade deve ter um produto, e a terapeuta compara o uso das mãos para realizá-la e a inutilidade das mãos que são usadas apenas para se drogar.

A tendência é o abandono das atividades frente a qualquer pequena dificuldade. Ainda que isso não aconteça, as co-terapeutas conversam com os seus pares, ficam sempre próximas, não dão espaço para distrações ou, como os pacientes mesmo dizem, “para cada um ficar na sua”. A relação é fortalecida no fazer a quatro mãos. Buscando contar histórias para o grupo nesse dia, a terapeuta resgata todos os seus movimentos, falando sobre a família, o sexo, a felicidade, o desprazer, os ídolos, e por fim sobre o seu próprio prazer ao constatar como essas pessoas estavam participativas. E afirma: “Não importa o tempo de uso ou de abandono da droga para estar aqui, mas importa muito como as pessoas aqui estão”. Um dos pacientes nesse momento olha-se no espelho e comenta sobre sua própria aparência. A terapeuta usa esse dado para sugerir que se tornem modelos para seus próprios trabalhos. Um faz sua boca, outro esculpe o diabo. Aqui e ali dá para reconhecer a droga como benefício ou malefício mas isto não é o mais importante. O mais importante é que falar da droga conosco é fazer com que ela deixe de ser um segredo, a *amante escondida*.

A terapeuta reconhece que é seu desejo que a droga passe de *amante escondida* a ser uma coisa *banal, comum*, que possa ser abandonada ou substituída. Diz que pode ver melhor os malefícios da droga. Por isso, sabe que trabalha nesse grupo com desejos diferentes. Para que não haja mentira, é preciso que se saiba que a simples existência do programa de tratamento para drogados revela o desejo das terapeutas de trabalhar pelo abandono das drogas. Mas é importante observar que este não é o desejo dos pacientes. Este desejo, que não é afrontado, será sempre apontado e isso impacta o grupo, que fica em silêncio. A terapeuta diz, então, que conseguiu seu objetivo: chamar a atenção. A terapeuta continua discorrendo sobre o encontro de pessoas que não têm porque mentir sobre a diferença de seus desejos. Um dos pacientes diz que esse encontro (do grupo) é diferente mas que não consegue falar sobre essa diferença.

Em seguida a terapeuta diz que espera que esse encontro não se acabe. Diz também que o seu desejo pode servir de suporte para que as pessoas possam estar ali, atentas e participativas. A terapeuta fala sobre isso, convidando-os a voltar na próxima semana e participar das outras atividades desenvolvidas pelo setor. Por fim, diz: “O meu desejo é conseguir mobilizá-los como a droga faz e que, partindo da droga, tomando-a como parte da nossa relação, poder fazê-los sentirem partes de si próprios nunca vistas e muito menos faladas.”

No ato de fazer algo, algumas imagens dessa relação intensa são reproduzidas concretamente em forma de objetos. Não é apenas na linguagem verbal que circula o

dependente e sua droga. Um paciente que tratei no consultório apresentou uma pintura que chamou de *Cogumelo* (Fig.1) que não era nada mais do que a concretização, na tela, da imagem provocada nele pelos efeitos inebriantes da droga.

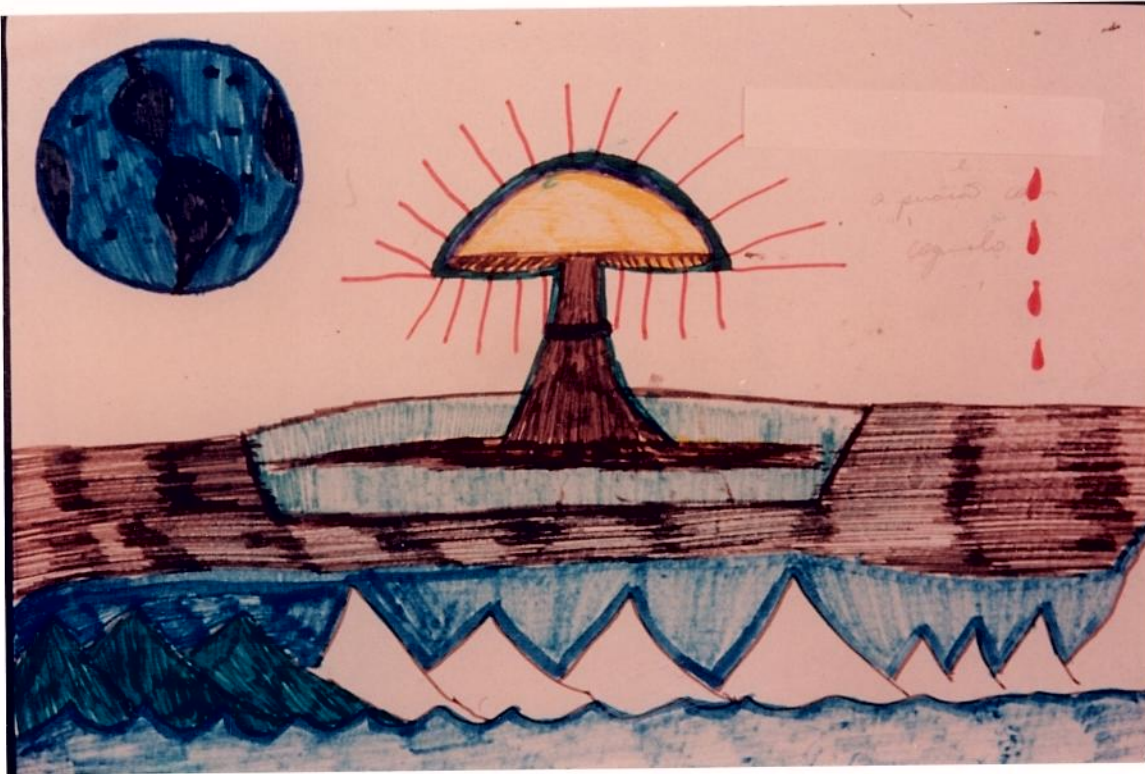


Figura 1:
o cogumelo

Um outro paciente, numa das vezes em que solicitei para falar sobre sua vida sexual, disse: "Quando eu tinha 13 anos acabou a sexualidade da minha mãe para nós, seus filhos. Então, acabou para nós a vagina dela. Ela entrou então na fase anal retentiva, para nós. O problema é que eu não consigo sair da fase oral. Quanto ao Édipo, eu tinha, depois minha mãe podou isso, agora eu procuro um peito pra sempre, dentro de mim. Um peito eterno. Aliás, não quero um peito, quero uma mulher. Preciso chegar ao fim de uma coisa, estou procurando. Não dá pra ganhar na loteria mas tenho que chegar a um lugar. Estou procurando a veia de escritor." (Em seguida o paciente começou a fazer uma pintura. Enquanto desenhava a tela ou pintava não era possível perceber bem qual era o tema. Sobre essa pintura ele diz espontaneamente o que contém: vidro de remédios; pescoço de girafa; Deus; copo denso com líquido denso; mulher, um Sonrisal.



Figura II:
o sorrisal

Passa a significá-la em forma de história: “Deus está muito doente. Como ele era Deus tinha capacidade mas não conseguia se tratar sozinho. Então, precisava de um Sorrisal, ela era mulher. Ele tinha capacidade de virar girafa e de passar por uma janela, só que pra ele ter uma relação com a menina precisava de uma coisa muito densa. Se toma Sorrisal, o que acontece? Começa a ver o mundo colorido. Eu estou atrás, sou filho de Deus e conheço a Deus, o rapaz.” Esse paciente, além de mostrar a reprodução, se posso dizer, “projetiva”, concretizada na relação com a droga, o faz também com o que viveu em situação de tratamento analítico.

A busca da mulher como o Sorrisal, o remédio, o tratamento à cura, tudo isso reporta-me à perspectiva de abordagem em terapia ocupacional. Benetton (1989): “Já quando nos propomos a tratar pacientes drogados, pensamos em Claude Olievenstein: “A intervenção do terapeuta é constante, de início. Ele deve seduzir, convencer, confortar, brincar, interpretar, desalojar, porém orientando o mais possível a terapia para um acordo com o real exterior.” (142). Para ele a clínica da toxicomania é ‘móvel’, ‘rodopiante’ e é onde se incluem situações do jogo. Jogo que no corpo-a-corpo do paciente e da terapeuta transforma a angústia de morte em desejo e vida. Como escrevi (1989): “Romper a ‘lua de mel’ com a droga e ‘namorar’ a terapeuta.” (143) Mantenho o exagero do termo *namoro* direcionando a sedução alimentada pela aproximação no fazer, que cria a circularidade na presença da terapeuta. Sobre essa questão Solange Tedesco, minha sucessora na PROAD, estuda o binômio dependência-independência na terapia ocupacional para toxicômanos.

O SUCESSO

Tenho buscado, ao longo da minha vida profissional, acompanhar a predisposição da Terapia Ocupacional (1984). Em resumo essa predisposição pode ser conceituada como a busca de mudanças. Existem situações estabelecidas que são desfavoráveis às condições de vida para alguns indivíduos. Por diferentes razões e causas esses indivíduos não conseguem eles mesmos, melhorar essa condição. É nesse momento, então, que a Terapia Ocupacional se apresenta como um recurso capaz de analisar, orientar e conduzir ações introdutoras e promotoras de mudanças em contextos desfavoráveis.

Assim posto, é possível imaginar um grande número de situações onde a Terapia Ocupacional poderia ter uma atuação de sucesso. Entretanto, o que ocorre é que a Terapia Ocupacional só é buscada ou mesmo vista, como o recurso último, após a falência de outros considerados especialmente e especificadamente indicados. Ao longo de sua história, ela tem se mantido como profissão eficiente para intervir em casos graves e/ou crônicos e que necessitem de tratamento multiprofissional.

Independente de qualquer avaliação, não resisti em denominar este último caso, como sucesso. Trata-se do meu sucesso, desse que sinto ao ter podido dar uma reviravolta profissional ao desenvolver a terapia ocupacional dinâmica, como instrumento de intervenção em crise e ao estabelecimento de uma equipe multiprofissional com a sua função e a de seus membros definida por um programa terapêutico.

Começo pela equipe (1989), uma vez que é através dela que acabamos por criar o programa de crise, ligado ao setor de Pronto-Socorro Psiquiátrico do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina. Em 1989, Paulo Vicente Bloise, desde então coordenador do Ambulatório de Crise e Soraia Bento C. Dias, psicóloga, convidaram-me a discutir com eles a possibilidade do atendimento em terapia ocupacional no referido setor. De lá para cá, esse serviço ampliou-se e temos ainda as colegas Márcia A. Menon, Antonio Carlos O. C. Correa e Osvaldir Custódio. Este último, foi nosso residente e hoje como colega, muito colaborou na organização deste tópico.

As primeiras discussões nesse grupo versavam sobre a constituição da equipe, buscando referências em diferentes propostas teóricas e sobre nossa própria experiência de intervenção em crise. Porém, o que tínhamos como ponto fixo era a intensidade de mobilização provocada por esse tipo de intervenção, e dificilmente sustentada por um único profissional. Ao longo de um ano, fomos montando um projeto de organização de equipe que acabou por tornar-se a base de nosso programa. Montamos uma estrutura de poder onde o paciente é o problema de uma equipe com a função de prestar a melhor assistência possível com o objetivo de ensino. Assim sendo essa equipe é também formada por médicos residentes, especializadas terapeutas ocupacionais, e eventualmente especializadas em psicologia e supervisores médicos e terapeuta ocupacional. Queríamos ter mantido a psicóloga, mas não foi possível.

Essa equipe se reúne duas vezes por semana para discussão e estudo de casos. Sobre esses encontros com características de reunião clínica, acontece a

supervisão. Ela está calcada na troca de informações entre os assistentes e tornando-se este o primeiro ponto de vista fecundo para orientação de tratamentos. Na discussão de caso, onde participam além do médico, terapeuta ocupacional e terapeuta de família assistentes, os demais membros da equipe, são lidas e compreendidas de várias formas e vértices desde pequenas até as grandes informações coletadas. A partir dessa leitura, é que delimitamos o ponto de vista fecundo, o que melhor propicia saídas favoráveis para a situação-problema.

Temos aprioristicamente, que a situação-problema se apresenta num primeiro momento dentro de uma situação formal da relação terapeuta-paciente. Sob esse formal há subjetividade de ambos. O segundo ponto de vista fecundo da reunião de discussão de caso é quando se procura, através da supervisão, clarificar a tomada de decisão do terapeuta, que é implicada pela sua subjetividade. Propõe-se nesse momento além de orientar um trabalho através da compreensão da transferência, desenvolver crítica ao processo terapêutico de tal forma a apontar 'pontos cegos'. Por uma questão ética, não se levantam hipóteses interpretativas sobre esses *pontos cegos*. Eles são sim, mostrados e levantados também como um problema para equipe, como um limite, como uma dificuldade. Sem projetar soluções, os supervisores mantêm-se no lugar de formadores e nunca de terapeutas.

A discussão do caso clínico tem a função da visualização de todo o processo terapêutico pelo qual o paciente está passando. Esse processo suplanta em importância o desempenho de função de um ou outro profissional. Assim sendo não há compartimentalização por área de atuação. Há sim um objetivo a ser alcançado.

O lugar do mestre recusa a fixidez de papéis sendo a discussão clínica no seu todo voltada a crítica do processo para transmissão de conhecimento. Isto não significa perda ou diluição da especificidade da especialidade do terapeuta. Médicos, fazem ao mesmo tempo um atendimento clínico-psicoterápico. Terapeutas ocupacionais, orientam a realização de atividades para tratar. E por fim, médicos ou psicólogos fazem a orientação da família, com ou sem a participação do paciente, dependendo é claro, da situação de cada caso. Em cada um desses tipos de atendimento existe, então, uma forma particular de compreender e desenvolver a relação terapeuta-paciente.

O problema de nossa equipe é o paciente em crise e isto gera conflitos a serem administrados. Outros tipos de conflitos, são deixados de lado nesse momento. Assim, trago como exemplo a parte do relatório de um de nossos residentes sobre essa questão: "... a 'crise' revela-se uma 'ilha' saudável, onde a troca entre as pessoas ocorre de uma forma transparente e sincera, sem a necessidade de canais de comunicação escondidos." (Rafael Faynani Neto, R-2).

Mas que tipo de ocorrência permite a ligação da situação-problema (a crise) com a *ilha* saudável? É preciso se saber da crise. Andreoli (1986): "A psiquiatria de crise e a intervenção de crise se definem, ao nossos olhos, não como um estado particular de um paciente, mas como a resultante de um encontro entre paciente e uma equipe que age num certo estado de espírito, que vê e sabe ler numa metamorfose (avatar) da trajetória de um estado patológico, tanto sua significação, como sua dinâmica e sua evolução. É por isso que preferimos, de maneira geral, utilizar o termo interação em crise, mais do que intervenção em crise. No termo interação em crise tem efeito contínuo a noção de implicação da equipe na medida em que protagonistas da situação

de crise na rede relacional, irão iniciar o acompanhamento do paciente através desse episódio de sua trajetória. Episódio que, no melhor dos casos, deverá conduzir o paciente, e às vezes todo o seu meio familiar, a questionar e a elaborar através de uma psicoterapia individual, de casal, familiar, ou da rede relacional, as soluções novas e mais econômicas. Na crise há então um antes (a descompensação), um durante (a interação da crise) e um depois (o balanço/avaliação e a continuidade do tratamento). Se essas condições estão reunidas, a equipe realizará uma real intervenção em crise." (144)

Podemos tratar essa colocação de Andreoli como pressuposto direcional tanto para nossa definição de crise como para a direção a dar à intervenção. Bloise (1993): "Seguindo uma visão clínica, entendemos crise como um momento de ruptura, um corte, ou uma mudança de trajetória a um equilíbrio pré-estabelecido. Como consequência, surge uma desarticulação psico-social do indivíduo. A crise vista dessa forma - como um diagnóstico situacional - poderia surgir sobre qualquer trajetória individual, por exemplo: um esquizofrênico em surto, uma dissociação histérica, uma perda de emprego". (145)

Se pensamos em crise como situacional, ela é política-social, econômica, psicológica e muito mais e não há especialidade clínica nisto. O que virá a determinar a crise aguda como alvo de intervenção em nosso ambulatório é justamente o que Andreoli pontua como e no que uma equipe se vê envolvida por uma situação crítica. Se essa crise teve um desencadeante econômico ou sócio-psicológico, se ela se apresenta com um furor, uma agitação, um estupor ou o silêncio, é justamente quando aí possa estar envolvido é que profissionais da equipe de crise contextualizarão um tal diagnóstico.

Esse envolvimento está descrito nas palavras de um outro residente: "Nas supervisões, fui percebendo que não tínhamos só a discussão de diagnósticos, dinâmicas e condutas. Naquele ambiente, desde o início ansioso, havia um outro canal de comunicação. Pude sentir os supervisores se aproximando da ferida "artificial" que o contato com o paciente produzia em mim. Tive a sensação de discutir meus casos não com sábios, mas com médicos também feridos (Carlos D. Andrade Junior, R-2).

Esse outro canal de comunicação é construído quando se tem em mente uma proposta clara de intervenção que leva em conta pressuposto teóricos e organização prática.

Andreoli (1986): "A intervenção de crise deverá levar a construção de uma 'hipótese de crise'. Esta hipótese não é somente compreendida como um construção teórica, mas como uma entidade viva, uma situação interpessoal criada pela decisão do terapeuta. A partir da hipótese de crise, o cenário subjetivo e intersubjetivo da crise pode emergir e encontrar uma ocasião de transformação dentro da interação grupal. Nosso trabalho não fixa a sua atenção na intervenção familiar. Para obstaculizar o problema da regressão narcísica do Ego, é essencial que o sintoma seja colocado em jogo no interior de uma abordagem psicoterápica privilegiada, que se oferece ao mesmo tempo como suporte (apoio) e como instrumento com efeito de mentalização que devolve a ambivalência no plano de um conflito a ser vivido. O psicodrama, as terapias corporais, a intervenção familiar, nos oferecem um quadro para negociações das dificuldades, para simbolização dos parceiros presentes que são típicas de

interação de crise" (146). Antes mesmo de sabermos de Andreoli, nosso projeto multiprofissional estava sendo colocado em prática.

A equipe é constituída fundamentalmente por médicos e terapeutas ocupacionais. O Ambulatório de Crise recebe unicamente pacientes encaminhados do Pronto-Socorro Psiquiátrico, que sempre vem acompanhado de um relatório sucinto do tipo de assistência lá prestada. É fornecido aos pacientes um mínimo de 2 atendimentos semanais, um com cada profissional em formação (médico e terapeuta ocupacional), e, se necessário, atendimento familiar. O atendimento do paciente tem um período de duração máximo de 3 meses. Ao fim da intervenção, o paciente pode receber alta, ou ser encaminhado tanto para os ambulatórios de Psiquiatria do Hospital São Paulo ou para fora da instituição. Quando se faz necessária a internação, o paciente é reencaminhado ao Pronto-Socorro Psiquiátrico do hospital. Além disso, o Ambulatório de Crise pode acessar todos os recursos diagnósticos de quaisquer dos serviços clínicos do Hospital São Paulo.

O Ambulatório de Crise atende majoritariamente pacientes psicóticos. Cada paciente que chega ao ambulatório é inicialmente avaliado pelo médico psiquiatra, que faz a coleta de dados :história da crise, biografia, antecedentes familiares e exame psíquico. Nesta entrevista, o médico já explica ao paciente o tipo de tratamento que será realizado, fala um pouco da terapia ocupacional e do atendimento familiar. Pode medicar ou não o paciente dependendo da observação. Além de formalizar um contrato de tratamento, que versa sobre os itens que se seguem:

- a) duração do tratamento;
- b) número de consultas semanais;
- c) o paciente é orientado quanto às faltas em consultas, caso exceda um certo número de faltas é desligado do tratamento;
- d) o paciente é comunicado que as informações colhidas durante o tratamento serão participadas aos demais membros da equipe;
- e) os familiares são avisados que poderão fazer parte do tratamento caso se julgue necessário;
- f) o paciente é orientado a procurar o pronto-socorro se necessário e não encontre o responsável pelo seu atendimento.

Para todos os terapeutas assistentes preconiza-se:

- a) manter a atenção sobre o estado agudo e a repercussão sobre as relações do paciente.
- b) procurar avaliar o quanto antes os sentimentos desencadeados no terapeuta pela situação apresentada.
- c) procurar dar a conotação à medicação e todo o tratamento como uma forma de cuidado e diminuição do sofrimento.
- d) ajudar a criar condições para a manutenção do paciente na sociedade evitando internações.
- e) tentar estabelecer com o paciente e a família uma relação próxima de ajuda, prevenindo o agravamento do quadro.
- f) procurar ajuda de colegas que atendam o caso, quando surge alguma dificuldade não prevista.

Por fim, todos os dados do paciente e a evolução do tratamento são registrados num prontuário específico, elaborado e organizado de tal forma a possibilitar várias formas de uso como instrumento de pesquisa. Também, é obrigatória a apresentação de relatórios finais sobre esse programa, de cada um dos terapeutas aluno-assistentes.

Caso I: M.C.O., masculino, 19 anos, branco, solteiro, estudante, natural e procedente de São Paulo-Capital, 2º grau incompleto(3º colegial - técnico-contábil).

Atendimento do Psiquiatra

Veio trazido pela mãe que contava que o paciente estava muito quieto e parado há 2 meses, mas há uma semana estava falando muito pouco e quando falava eram coisas muito estranhas, por exemplo, que iria matar os avós porque estes o estavam ameaçando, apresentava comportamentos estereotipados e não cuidava da higiene pessoal.

Há 6 meses havia largado seu emprego de office boy e os estudos. Não convivia mais com os amigos, estava totalmente isolado. A mãe achava que isso se devesse por ele estar *apenas mais triste* ou uma *revolta de adolescente*. Não relacionava a mudança de comportamento com nenhum estressor, exceto um relato do paciente que, na época do início do isolamento, havia brigado com uma turma do bairro e esta começou a persegui-lo. Não foi possível distinguir se se tratava de fato ou uma ideiação delirante. Porém, a mãe e ele mudaram-se do bairro, indo morar com os avós maternos. A mãe conta que antes da mudança do comportamento era um *filho exemplar*: trabalhava para ajudá-la (ela não tem marido), e sempre bom aluno.

Exame psíquico de entrada: apresentava-se muito calado; alteração de consciência do eu (fenômenos de *leitura de pensamento*); pensamento: curso e forma normal, com alteração de conteúdo: idéias delirantes de cunho persecutório e de influência; estereotípias (por exemplo, balançava o tronco). Foi feita hipótese diagnóstica de transtorno esquizofreniforme, sendo medicado com Haldol 10 mg/dia e Akineton 4 mg/dia e atendido semanalmente no pronto-socorro. Houve remissão completa dos sintomas produtivos em menos de um mês, porém, mostrava-se inibido volitivamente e afetivamente. Foi encaminhado para o Ambulatório de Crise após um mês e 15 dias. Continuou a ser atendido pelo mesmo residente em psiquiatria que prestava assistência no pronto-socorro.

No decorrer dos atendimentos, percebeu-se que a mãe tinha uma grande demanda, dificuldades de diferenciar seus problemas dos do filho, e sentimentos de culpa em relação a doença do filho. Houve a necessidade de trocar Haldol para Melleril, já que o paciente apresentava síndrome extrapiramidal que não se reduzia com medidas usuais (redução da dose de Haldol, aumento da dose de Akineton). Em seguida (5º atendimento), a mãe veio só a consulta, pois não conseguira despertar seu filho. Dizia que ele estava muito sedado com o novo remédio. Aproveitou para falar de suas dificuldades pessoais e para cuidar do filho. Na supervisão, assinalou-se a oportunidade para um atendimento familiar. Este atendimento foi realizado por uma psiquiatra com a mãe, nos mesmos horários das consultas do filho.

A partir daí, a mãe mostrou-se mais aliviada. Quando se aproximava o encerramento dos atendimentos, mãe e filho passaram a faltar, porém, as justificativas

destas eram principalmente por problemas da mãe. Sugeriu-se que poderia se tratar de uma *resistência* da mãe compartilhada pelo filho. Foi firmado diagnóstico de esquizofrenia. E encaminhado para o Ambulatório de Psicóticos (Rodrigo Affonseca Bressan, R-2).

Atendimento em terapia ocupacional

Em junho de 1993, começou a desinteressar-se e abandonar progressivamente trabalho e suas atividades habituais (computação, natação, lazer, estudo), descuidando-se inclusive da higiene pessoal. Referia *ser duas pessoas dentro dele*. Passou a se isolar.

A mãe do paciente é natural do Nordeste. Mudou-se para São Paulo, onde conheceu o pai de M. Namoraram aproximadamente por dois anos, quando a mesma engravidou. Antes de M. nascer, o pai foi embora. Não estabelecendo contato desde então. Nesta época, sua mãe trabalhava em casa de família, e grande parte da sua infância e adolescência M. passou morando com os avós.

O paciente refere ter tido uma infância difícil, pois seus avós não permitia que M. brincasse com as outras crianças, deixando-o sempre trancado no quintal da casa. "Meus avós queriam criar um babaca". Sua mãe casou-se, indo morar fora de São Paulo. M. permaneceu morando com seus avós, apesar de referir não ser este seu desejo. Um ano depois sua mãe o levou para sua casa. O casamento durou 2 anos, pois seu marido era alcoólatra. Em seguida M. e sua mãe voltam para São Paulo. Aos 15 anos, o paciente começou a trabalhar como office-boy, em uma empresa de construção civil. Permaneceu neste emprego por quatro anos.

Durante esse período realizava outras atividades, tais como computação, natação, viagens etc. Segundo a mãe, M. sempre foi muito estudioso e responsável, não perdendo nenhum ano na escola. Cursava o 3º ano técnico contabilidade. Refere também que M. é dependente dela, aguardando sempre que a mesma o ampare nas tarefas mais corriqueiras, espera que ela misture o leite e o Nescau para tomar.

M. veio em todos os atendimentos acompanhado pela mãe, sempre sendo pedido que a mesma aguardasse do lado de fora da sala. Quando restava 5 minutos para terminar a consulta, inexoravelmente, batia na porta, interrompendo-a com as mais variadas desculpas, por exemplo, entregar o cartão. A princípio M. avisava que a mãe estava na porta e se levantava para abri-la. No decorrer dos atendimentos, mostrou-se indiferente com o movimento da mãe, em uma das sessões mesmo quando foi avisado pela terapeuta que ela estava batendo. Talvez tenha sido possível que M. fizesse daquele lugar o seu espaço, não permitindo a interrupção da mãe.

No início dos atendimentos, parecia assustado, andando pela sala, falando repetidamente de um vazio que vinha sentindo. A terapeuta reforçou o contrato, explicando para M. o que seria feito nos atendimentos de terapia ocupacional. A partir daí, olharam juntos os materiais disponíveis para escolherem alguma atividade. M. demonstrou interesse em jogos de damas, mas não havia peças. A terapeuta sugeriu que M. construísse seu próprio jogo, assim poderia levá-lo para casa. O material escolhido a princípio foi cartolina.

Em supervisão, foi proposto que se fosse possível se mudasse o material do jogo, permitindo que M. vivenciasse outros materiais, por exemplo, argila para a feitura

das peças e madeira ou papelão para o tabuleiro. Assim poderia ter um jogo construído que fosse durável e apresentável aos amigos. Vivenciaria um processo de construção e transformação passo a passo de um material 'e que pudesse preencher seu vazio'.

Assim no atendimento seguinte a terapeuta sugeriu a mudança de material. M. pareceu motivado. Ambos realizaram como primeiro passo um projeto, onde foram discutidas todas as fases necessárias para a execução do jogo :primeiro construir as peças de argila, pintá-las de branco e preto, depois construir o tabuleiro com papelão de encadernação, ficando para se decidir a cor. Mostrava dificuldades em realizar a atividade devido a impregnação neuroléptica. Usava só uma mão, fazia movimentos estereotipados com o tronco. A terapeuta fazia atividade junto com M. Conforme ia fazendo as peças de argila, pouco falava, porém, a terapeuta 'sentia a sua presença'.

Frequentemente esperava que a terapeuta tomasse a iniciativa de pegar os materiais e que resolvesse as dificuldades. A terapeuta sempre solicitava a participação de M., que respondia com lentidão, porém, dava para perceber uma independência para realizá-las, por exemplo, lavava os pincéis e ia direto ao armário para guardá-los.

Mesmo após a mudança da medicação, continuou-se a observar que M. estabelecia uma postura de dependência da terapeuta para realizar as atividades. (Eu pensava muito na postura de M. em alguns atendimentos onde ficava sentado com os braços sobre a mesa e com um espaço entre eles para ser preenchido com o material, e lembrava-me de pessoas que se utilizam da mesma postura a espera de comida. Depois, em supervisão, pude perceber com os dados da residente que fazia o atendimento familiar, o quanto essa postura se mantinha com a mãe, quando referiu que M. não toma um copo de leite se ela não misturar o leite e o nescau). Tal observação da dependência de M. pela mãe foi sendo observada no decorrer do processo. Como havia acontecido antes a mãe do paciente bateu a porta, enquanto o mesmo preparava e empacotava o material da atividade que continuaria em casa. M. abre a porta e enquanto a terapeuta guarda os materiais, o mesmo entrega o pacote a sua mãe. Ambos ficam constrangidos quando a terapeuta se vira e vê. Neste momento, a mãe diz que M. sempre faz isso. Este pega o pacote e ao sair sua mãe se oferece para carregá-lo no ônibus. (No momento em que virei tive a sensação de estar flagrando o proibido). Ficou uma situação um tanto constrangedora. Na supervisão pude compreender essa situação, que por um instante eu senti como atrapalhando a relação dos dois. Em supervisão, também, vi a necessidade de manter M. Ocupado com pequenas tarefas solicitadas por mim, para serem realizadas em casa, no sentido de criar espaço para sua independência.

No decorrer do processo M. mudou parte de seu projeto trocando o papelão de encadernação pela madeira, que ele mesmo trouxe com as medidas que haviam sido discutidas para a construção do tabuleiro. Algumas etapas da atividade realizou em casa, como a execução de um molde para a pintura do tabuleiro e parte da pintura do mesmo. Observavam-se mudanças, no decorrer do processo, M. foi tornando-se mais independente na realização da atividade. Continuava a realizá-la juntos, porém, numa atitude mais cooperativa e não tão dependente. Ao mesmo tempo, tinha uma apresentação mais adequada :cabelo cortado, roupas diferentes, olhava-se no espelho, demonstrava preocupação com seu corpo. Seus amigos voltaram a procurá-lo, resgatando parte de sua vida social. Estava dormindo na casa dos avós por medo de

dormir sozinho. Com isso estava separado da mãe, que morava noutra casa na mesma rua. Esta situação modificou-se, voltou a dormir sozinho e pode voltar a morar com a mãe. Espontaneamente, voltou a estudar.

A terapeuta pediu que terminasse a atividade sozinho em sua casa, para ver como se sairia. Era a última etapa da atividade, que se repetiria com o molde, que fizeram juntos. Necessitava de muito cuidado para não borrar o trabalho. No último atendimento, M. trouxe o jogo terminado para que pudessem jogar. Referiu ter gostado do que fez. Ao mesmo tempo em que M. foi explorando mais a sala, conquistando mais o seu espaço, foi também se apropriando de outros espaços. (Alessandra Gonzales Marques, E-1)

Atendimento familiar

O paciente atendido no Ambulatório de Crise era um rapaz de 19 anos, que apresentava um transtorno esquizofreniforme. Durante o atendimento a mãe mostrava-se bastante ansiosa sobre a natureza do problema do filho ('ele não tem pai') e interferia no tratamento invadindo as consultas. Foi então sugerido o atendimento de família (mãe) com a intenção de atender sua demanda e facilitar o tratamento do paciente.

No início, a mãe mostrou-se muito disponível assinalando o quanto precisava de alguém que respondesse suas perguntas. Ela pode contar a história do filho e a dela e principalmente perguntava como agir em algumas situações ('posso repreendê-lo quando fica se balançando sozinho?'). Esse tipo de situação se repetia em todos os atendimentos e sempre que possível era orientada nas dúvidas. Além disso, era necessário avançar, ou seja, apontar numa linguagem compatível com a dela o quanto a relação entre ela e o filho (o paciente), poderia ser mantenedora da situação psicótica e regredida. Isso tinha que ser feito de modo claro, com o cuidado de valorizar e integrar nos meus apontamentos as percepções da mãe; pois era comum ela seguir o que era dito como 'conselho da médica'. Nos dois meses que se seguiram, foi possível observar uma evolução na compreensão de atuação da mãe sobre a situação de seu filho (Elíana Cristina Gonçalves, R-3).

No Ambulatório de Crise a terapeuta ocupacional recebe um paciente, que apesar de estar, na maior parte das vezes, muito comprometido pelo seu estado agudo, já sabe pelo menos que ela é alguém que lida com atividades e que faz parte de um programa de tratamento. Na maior parte das vezes o paciente já sabe que vai fazer atividades e é assim mesmo que a terapeuta ocupacional inicia o seu atendimento.

Sua atenção apesar de estar sendo demonstrada como voltada para o fazer atividades, deve estar também subjetivamente comprometida com a pesquisa do que acontece com esse paciente. Dessa forma ela pode tanto começar contando do seu próprio trabalho, como pesquisando o do paciente e suas dificuldades, assim como diante do silêncio e apavoramento buscar atividades que instalem o jogo como brincadeira e descontração.

Anda-se nesse momento em busca de um diagnóstico situacional e ela usa sua ferramenta para auxiliar no desvendamento do trama. Numa crise a dinâmica do paciente apresenta-se como uma repetição estática. Ao fazer atividades, parte-se dessa

mesma repetição buscando elementos novos a serem intriduzidos apontando ao paciente quando isso involuntariamente ocorre.

Procura-se determinar um fazer, como já disse em toda essa tese, que faça algum sentido . Mas discussões clínicas e também como parte da supervisão procuramos que a terapeuta assuma uma atitude diretiva e ativa, no sentido de escolher atividades onde de alguma forma o paciente não fique preso a respostas padronizadas. Esta é a preocupação constante em toda terapia ocupacional dinâmica. Busca-se conseguir que a dinâmica do paciente e a atividade sigam ganhando novos contornos, sendo a terapeuta promotora de descobertas. No processo de realização de atividades a terapeuta tem atitudes críticas em relação a produção do paciente. Essa a origina-se num jogo de continência e brincadeira, onde acolhe e incentiva.

Como em toda a clínica da Terapia Ocupacional, a atuação da terapeuta ocupacional é agil, maleável, cabendo-lhe atitudes abrangentes, diretivas e psico-educacionais. Uma certa rota, entretanto, já pode ser observada na nossa experiência. De início sua principal função é de criar um espaço para o fazer. Como as entrevistas de coleta de dados está a cargo do psiquiatra e como é através dele também que ocorre a orientação do programa terapêutico como um todo, é possível que logo no primeiro atendimento a terapeuta ocupacional apresenta-se já, frente a uma proposta de trabalho.

Ela pode mostrar os materiais e demonstrar algumas atividades possíveis de serem ali realizadas, solicitando em seguida que o paciente escolha uma delas. Se existe dificuldade na escolha, ainda sem poder saber por que, ela pode sugerir através de sua intuição algo que possam até fazer juntos. Esta atitude tem se mostrado como capaz de provocar desinibições.

No geral temos observado que os pacientes desenvolvem em terapia ocupacional dois tipos de comportamento. Alguns estabelecem de imediato uma relação empática com a terapeuta e só mais tarde descobrem que através das atividades podem igualmente compreender suas necessidades. Outros, procuram primeiro as atividades, para através delas aproximarem-se da terapeuta. Estas ocorrências são estudadas através do filtro da transferência.

Na medida em que a terapeuta ocupacional propõe-se como operadora de condutas construtivas, criativas e de aprendizagem e na medida em que é sentida como asseguradora de escolhas e caminhos, na situação de "fazer", é possível começar a observar as alterações da conduta provocadas pela crise e/ou por uma doença. Com isso, ela pode ser capaz de delimitar o espaço factual, onde o fazer ou não fazer é parte desencadeante e/ou conseguinte de uma crise. Este é o principal elemento de contribuição da terapeuta ocupacional para uma efetuação diagnóstica.

De maneira geral, também é possível estabelecer o campo das dificuldades pragmáticas e de promover as de facilidades, mantendo assim o indivíduo ativo. Em alguns casos, é até possível o uso de uma trilha associativa, realizada com a totalidade dos trabalhos realizados no espaço de três meses. Pelo curto espaço de tempo, essa trilha acaba por ter a principal função de montar uma avaliação do tratamento, com a participação do próprio paciente. Com esse procedimento acabamos por investir uma forma quase concreta de realizar uma devolutiva espelhada em atividades.

Quando numa crise emergem emoções a ponto de serem qualificados de urgência crítica, a função social da terapeuta ocupacional se faz imprescindível. Ela pode remanejar de pronto e temporariamente, com o paciente e mesmo com a sua família, as atividades domésticas, profissionais e sociais. Dessa forma cria possibilidades para a manutenção do paciente em tratamento na sociedade evitando internações e exclusões.

CASO II: F.R., sexo feminino, 29 anos, branca, solteira, secretária, Natural do Rio de Janeiro e Procedente São Paulo - Capital, 2º grau completo. Atendimento realizado entre 14.02.92 e 19.05.92.

Atendimento psiquiátrico

Segundo o relato da mãe, após a morte da mãe de seu patrão, a paciente ficou desorientada por dois dias. Depois, por um ano, a paciente teve alterações de comportamento. A princípio, a mãe começou a receber 'reclamações' do trabalho. A paciente 'engavetava' o serviço de sua responsabilidade, estava pouco cordial com os colegas, chegando a ficar irritada. Ela sempre fora uma funcionária exemplar e muito eficiente. Em casa, notava-se uma preocupação excessiva com a limpeza. Limpava a casa e não permitia a aproximação das pessoas nas áreas limpas. Fazia as camas e depois passava a ferro os lençóis estendidos sobre o colchão. Jogava no lixo qualquer coisa quebrada ou velha. De repente, tudo mudou. Comprava, em grande quantidade, roupas extravagantes, dispendendo razoável soma de dinheiro. Às vezes dava essas roupas, até mesmo sem usar. Passou a mentir e seu namorado começou a se afastar dela. Mais tarde, a mãe soube, que nessa ocasião a paciente desconfiava de um relacionamento homossexual do seu namorado. A paciente havia chegado a combinar com uma amiga uma maneira de investigar o namorado. Mas na hora de colocá-la em prática, ela mesma desistiu. Progressivamente, a paciente foi descuidando do asseio pessoal. Passou a ter necessidade da família para manter a higiene pessoal. Após quase um ano de alteração de comportamento, achou que estava grávida. Não se convenceu mesmo quando os exames de laboratório eram negativos. Convenceu o ex-namorado da gravidez, chegou a ser acompanhada por ele a uma clínica ginecológica para tratar do aborto. Só com a intervenção da família, o rapaz percebeu o que estava acontecendo. Repentinamente, essas idéias cessaram dando lugar a muita tristeza, muito choro, a paciente não se alimentava nem se cuidava. Dizia apenas que queria morrer e se desfazer dos seus bens. Nas poucas vezes que falou nesse período, referia-se à perda do namorado e questionava as pessoas sobre isso.

Logo após o nascimento da paciente, seus pais se separaram. Ela foi morar, então, com os avós maternos, com quem ficou até os 7 anos de idade. Voltou a viver com a mãe quando esta se casou novamente. A paciente diz que quando estava com os avós só brincava e, com a sua mãe, só estudava e trabalhava. Tomava conta de dois irmãos mais novos. Aos 26 anos, teve a primeira relação sexual com seu segundo namorado. O primeiro namorado, aos 16 anos, fora um primo distante. Trabalhava há 14 anos na mesma firma, onde sua primeira função foi de ajudante de balcão. Agora exercia as funções de secretária.

Exame Psíquico

Apresentou-se razoavelmente trajada, faces abatida; consciente; contato fácil; passiva; atenção conservada; orientada globalmente; memória sem alterações; curso de pensamento normal, com idéias delirantes de prejuízo; humor eutímico; afeto com incongruência ideoafetiva; sensopercepção sem alteração; crítica e pragmatismo prejudicados.

Na primeira entrevista mostrou-se dissociada, o contato embora fosse fácil, caracterizava-se por muita passividade. Não foi medicada e marquei nova entrevista para 4 dias depois. Desta vez chegou muito deprimida e chorando. Parecia existir, nesse momento, um espaço para elaborar as perdas do último ano. Procurei manter o clima de reasseguramento e marquei para três dias depois, quando também a terapeuta ocupacional ia atendê-la. Já estava diferente nessa sessão. Dissociada com ideação persecutória mal estruturada : 'tinham feito macumba'. Foi medicada com Melleril 300mg/dia. Ao lado disso, durante as sessões anteriores e posteriores tentamos reconstituir a história de sua vida. Na sessão seguinte estava melhor e não havia tomado a medicação. Depois, passou a tomá-la, melhorando rapidamente. Logo voltou a trabalhar e sair a passeio com amigos. Os problemas no trabalho eram circunscritos à idéia de que os colegas não queriam que ela atendesse o telefone. Por outro lado, parecia estar muito identificada comigo. Falava das semelhanças dos objetos que portávamos e 'investigava' minha opinião ou gosto por este ou aquele comportamento e por objetos e adornos. Começou então um período onde relata suas percepções sobre si mesma e sua crise. Acreditava ter tido ganhos após do início do tratamento. Via-se como uma pessoa que trabalhava e fazia tudo como os outros queriam. Mudou sua forma de vestir : mais 'feminina', com maquiagem leve, usando saia e jóias discretas; enfim, elegante . Comecei a apontar estas percepções e mudanças como uma melhora. No último mês, trouxe ainda uma situação, denominando-a de desconfortável: não havia impedimento dos colegas para que ela atendesse os telefonemas, porém, ela não conseguia atendê-los. Procurei relacionar isso a outros medos, como por exemplo, de ficar sozinho no escritório e o de ficar doente de novo. E uma das sessões ela associa esses medos ao namorado e, mais tarde, a volta dele poderia provocar novamente a doença. O trabalho dessa fantasia, além de um encontro com o namorado na empresa, serviu para que ficasse confiante. No último mês, a medicação foi retirada e passamos a prepará-la para o desligamento e encaminhamento para psicoterapia. O último atendimento ocorreu de forma embaraçosa. Eu havia indicado uma psicoterapeuta, e ela, porém, procurou outra com consultório perto do seu trabalho. O que me surpreendeu foi sua postura marcadamente desinteressada. A impressão que dava é que não prosseguiria no tratamento. Voltei então a reafirmar o que pensava ser a necessidade de continuar a psicoterapia (Osvladir Custódio, R-2).

Atendimento em terapia ocupacional

F. chega com uma queixa de desânimo e comportamento estranho há um ano. Ao ser indagada sobre sua queixa, refere que são os três os principais motivos para a sua crise : seu trabalho, seu namorado e sua família. Há 14 anos trabalha como secretária em uma firma de Administração e Representação. Nestes 14 anos nunca

tirou férias o que a deixou muito cansada. Alega também que houve falta de reconhecimento de seu empenho neste emprego. Quanto ao segundo motivo - seu namoro -, refere ter namorado durante 3 anos um rapaz que trabalhava na mesma firma. Não se viam com muita frequência, mas mantiveram relações sexuais nesse período. Atualmente não estão namorando, 'o que contribuiu para a sua crise'. F. refere que sua primeira crise foi em dezembro de 1990, sendo que já não se sentia bem desde maio do mesmo ano. Segundo F. esta crise se deveu principalmente a um problema de salário ocorrido na firma na qual trabalha. F., quando se encontra em crise fica muito desanimada, sem vontade de fazer nada, querendo apenas ficar na cama até morrer. Tem pensamentos que quer fugir, chegando, em uma ocasião, a comprar uma passagem para o Chile, sendo impedia de viajar pela família já na rodoviária.

Em uma conversa com a mãe, esta refere que F. vem tendo um comportamento estranho há um ano : não queria tomar banho, estava muito descuidada com a higiene e de seu corpo, gastava excessivamente e tinha mania de limpeza. F. começou a emagrecer e se isolar, não querendo falar com ninguém. É a primeira filha de uma prole de três: um de 27 anos e um de 33 anos, ambos casados. Tem mais dois irmãos - um de 16 e outro de 21 - do segundo casamento da mãe.

Atualmente mora com a mãe e o padrasto, um sobrinho e um irmão de 16 anos (o irmão de 21 com um irmã). Morou em Alagoas até os 7 anos, mas não se lembra de quase nada da infância, apenas da época da separação dos pais. Durante estes três meses de atendimento, F. apresentou boa evolução, mantendo bom vínculo com a terapeuta. No primeiro atendimento, F. entra na sala acompanhada de sua mãe, mas solicita ficar sozinha, alegando que, caso contrário, a mãe falaria por ela. Apresento-me, mostro o espaço onde vamos trabalhar e de que forma isto poderia acontecer. Neste dia F. tem a aparência pouco mal cuidada e com a fisionomia triste. No segundo atendimento, apresenta-se praticamente da mesma forma, embora dizendo que gostava da sala de terapia ocupacional e que por ela 'ficaria o dia todo ali'. Proponho-lhe, então, que façamos alguma atividade. F. aceita, embora afirmando que não sabia fazer nada. Peço para que não se preocupasse com isto naquele momento. F. vai até o armário e escolhe bordar. Como houve um imprevisto (não havia agulha para talagarça), tivemos que mudar de atividade. Opta, então, por fazer um desenho a lápis para colorir-lo em seguida. Antes de iniciar diz que vai fazer uma flor, pois é o único que sabe. Desenha três flores em papel sulfite, colorindo uma de cada cor. Enquanto F. faz a sua atividade, também faço um desenho (uma coruja) utilizando carvão. Quando acabamos F. fica encantada com o meu desenho, dizendo que nunca conseguiria fazer igual.

Uma característica destes dois primeiros atendimentos é que a paciente me fazia muitas perguntas, o que seria 'natural' frente a curiosidade (fantasias que uma pessoa tem quando conhece outra). No entanto, eram perguntas em relação as minhas opiniões sobre diversas ocasiões (religião, sexo, família, trabalho, relacionamentos etc.) e dados pessoais tais como : quantos anos tenho, onde e com quem moro, onde estudei etc. (o que é mais comum).

Este fato e alguns outros dados que trouxe nos levaram a crer que ela buscava uma identificação. Assim sendo, em supervisão do caso, discutiu-se que seria interessante se eu entrasse como um modelo para ela. Neste caso, eu proporia ensiná-

la a fazer o desenho da coruja, possibilitando, assim, que ocupasse este espaço de 'modelo'.

Assim que perguntei se ela gostaria de fazer a coruja aceita, embora desconfiando de sua capacidade. Passo a ensiná-la a fazer o desenho (que preferiu fazer com lápis de cor. F. parecia absorvida com o 'desafio', perguntava algumas técnicas (por exemplo, como se faziam penas). Quando não gostava do resultado, apagava refazendo. É interessante notar que F. criou em cima de algumas partes, modificando algumas partes o 'desenho modelo'. Parecia estar satisfeita, chegando a verbalizar em diversos momentos : 'vou ficar expert em coruja', 'menina de Deus, eu pensei que nunca fosse conseguir fazer um negócio assim'. Antes mesmo de terminar, assina sua atividade. Na sessão seguinte quando termina, F. fica radiante com o produto. Dizia que iria mostrar para todo mundo, repetindo frases do tipo 'jamais pensei que iria conseguir'. Pede para levar o desenho para a casa e, em atendimentos seguintes, referia-se ao desenho dizendo que estava pregado no seu quarto.

No final deste atendimento, quando guardava meus pertences, F. vê um caderno cuja a capa foi feita por mim (pintura e 'plastificação' com cola), comentando que achou lindo. Proponho ensiná-la a fazer no próximo atendimento, dando uma rápida explicação como havia sido feita. No próximo atendimento, F. refere que havia feito a capa do caderno em casa. Poderíamos dizer que ela estava também, metaforicamente, podendo levar alguma coisa da terapia ocupacional para casa, ou seja que esta está ocupando um espaço em sua vida e, assim, havia possibilidade de estar elaborando melhor suas questões. Além disso, o fato dela descobrir que poderia produzir coisas bonitas, parece ter feito muito bem causando muita satisfação, o que também permitiu um fortalecimento do vínculo com a terapia ocupacional .

A próxima atividade escolhida por F. foi crochê, um cachecol. É interessante observar que nesta época estava mais animada, com uma fisionomia melhor e falando mais. Durante os atendimentos (cerca de um mês e meio em que ficou fazendo crochê), conversamos sobre diversos assuntos (política, conjuntura do país, trabalho, situação da mulher dentro destes contextos etc.), o que foi um passo importante para que ela passasse a falar mais de seus problemas, principalmente sobre seu namoro e sobre sua relação com o trabalho. Neste meio tempo, conseguiu elaborar melhor o que havia acontecido com ela. Em suma, dizia que 'tinha passado por uma crise e que sabia que isto era o resultado de coisas que vinham acontecendo em sua vida há muito tempo, que precisava cuidar mais dela mesma e nem tanto dos outros, como fazia dedicando-se totalmente ao seu trabalho'.

Nesta época, já estávamos começando a fazer o desligamento, que F. já estava ciente desde o início do tratamento. As duas últimas sessões (quando F. ainda fazia o cachecol) desenrolaram-se praticamente em torno da alta e de seu encaminhamento (F. irá fazer psicoterapia). Estava feliz, pois irá para a Disney em junho (ganhou viagem da firma). No dia da alta, ela disse que irá sentir falta, mas que estava contente por haver melhorado; havia mudado seu modo de pensar algumas coisas e que isto era ótimo. Está pensando em morar sozinha e passar a fazer mais tudo o que gosta (Denise Diba, E-2).

CONCLUSÃO

O olhar da minha amiga, engenheira, cientista social, psicóloga, psicanalista, terapeuta familiar e excelente cozinheira Helena Maffei Cruz, acompanhou toda esta tese. Trabalhar com Helena é ótimo porque sabemos, sobretudo, rir de nós mesmas. Ela, porem, é mais exigente do que eu e sabe construir melhor críticas pertinentes. Sua exigência aqui é a de que eu assuma esta tese como construção. Admito isto desde que não me sinta obrigada a mostrar o acabamento. Que ainda me seja permitido reafirmar os alicerces, deixando a construção propriamente dita para a equipe de profissionais terapeutas ocupacionais.

Como profissão a Terapia Ocupacional é reconhecida como capaz de preencher déficits e superar limitações no âmbito da inserção social, para deficiências geradas por várias causas e níveis. A população alvo da Terapia Ocupacional, no limite denominada por mim de excluídos sociais, é caracterizada como sendo de indivíduos que apresentam diferentes e sérias dificuldades de ser e/ou se manter socialmente inseridos. Para essa população que não pode olhar o social, ou que o mira sem reconhecê-lo e não é por ele reconhecido, é preciso ir em busca de um sistema que crie condições para garantir a atenção. Na Terapia Ocupacional o sistema com tal finalidade é sustentado pelo uso de atividades.

Desde o primeiro caso apresentado nesta tese, ou em situações de atendimento tradicionalmente verbais, como o acolhimento à toxicômanos, e num setor de pronto-socorro, a assistência da terapeuta ocupacional ocorre com as atividades. Elas são escolhidas, indicadas, ensinadas e aprendidas; desenvolvidas, abandonadas e substituídas; criadas, inventadas, conversadas e algumas delas, inclusive, são as próprias conversas. É possível deixá-las acontecer e caminhar de fora para dentro e vice-versa, do indivíduo que as realiza ou do local em que são realizadas. A forma de usar tal instrumento e a natureza dos instrumentos técnicos com os quais se busca preencher déficits sociais, é que definem o caráter de suas técnicas denominadas de terapia ocupacional.

A técnica nomeada por mim de terapia ocupacional dinâmica, é sustentada pela combinação de duas dinâmicas. A primeira é a do movimento existente nas técnicas de confecção das atividades, que permite flexibilizar o processo de realização, de tal forma a ser possível aglutinar as etapas, alterar as sequências, inventar e criar procedimentos sem alterar o produto e/ou a produção. Essa dinâmica permite, inclusive, que um certo jeito de fazer-fazendo mostre o jeito de cada um, a particularidade de ser ou de estar. É justamente essa particularidade que demanda os subsídios da segunda dinâmica, a psíquica. Sua origem está na dualidade pulsional, como a conceitou Freud. Levando em consideração essas duas dinâmicas, caminhamos no sentido de analisar e determinar o quadro situacional de cada indivíduo, com a finalidade de determinar direções para as intervenções. Assim proposta, a terapia ocupacional dinâmica pode ser aplicada a várias situações e/ou para diferentes conjuntos de déficits. Nesta tese, a combinação de teorias na Saúde Mental, principalmente da Psiquiatria e Psicanálise,

assim como teorias do Desenvolvimento e da Educação, acrescidas de estudos sócio-político-econômicos, dá sustentáculo ao uso das atividades buscando objetivar a Saúde Mental.

Alguns experimentos na clínica, entretanto, permitem-me concluir que a terapia ocupacional dinâmica pode ser eficaz em algumas outras áreas clínicas ou sociais. Pacientes com comprometimento em áreas físicas, por exemplo, são globalmente e melhores assistidos em terapia ocupacional quando se inclui também uma compreensão dinâmica para o seu caso. A dinâmica a que me refiro é tanto a do uso das atividades como a da compreensão dos fenômenos psíquicos. Um exercício físico, por exemplo, será sem dúvida valorizado a partir do momento em que possamos pressupor que ele estará respondendo mais do que à deficiência ou a uma parte fisicamente lesada.

Em qualquer que seja a situação, a amplitude e liberdade no uso de atividades é que determina a entrada do sujeito-alvo da terapia ocupacional em seu sistema. Num primeiro momento é esse o nosso instrumento para chamar a atenção do indivíduo também necessitado dela. Para garantir, entretanto, a manutenção da atenção, a terapia ocupacional dinâmica prevê uma formatação técnica na aplicação de teorias de maneira a permitir, incentivar e estabelecer procedimentos que sustentam associações, veiculando significados e também dando sentido às atividades.

No meu consultório, P., paciente do *Caso Atual* desta tese, sempre fez atividades. Sua atenção foi despertada para elas, em vários sentidos, inclusive o do trabalho profissional. Levou, porém, muito para que pudesse abrir espaços significativos diferentes dos representativos de sua realidade interna. Tudo que ele fazia tinha como função o cumprimento de uma missão religiosa. Quando dei o sentido de musical para a sua atividade significada de nada, o comportamento de P. mudou. Ele atentou para uma novidade e se interessou por ela. Este interesse levou-o a examinar seus desenhos e pinturas com o propósito de localizá-las a um estilo estético. Mostrei a ele, naquela ocasião, algumas obras minimalistas que lhe abria o caminho para copiar pinturas contemporâneas. É certo que muitas vezes ainda cumpre sua missão através dos seus trabalhos, mas nunca através dessas cópias. Tornaram-se cada vez mais frequentes atitudes como a que teve quando selecionava comigo suas atividades para serem apresentadas nesta tese. Ao escolher a xícara desenhada, minimizou o valor dos demais atividades, qualificando aquela como a melhor.

P. ajudou-me muito nas traduções para esta tese. De início acreditava que eu neste trabalho, e ele no dele, tínhamos na Terra a mesma missão. Doce e firmemente eu impunha a diferença. A minha missão, então, passou a ser menos importante. Hoje os vê como diferentes e importantes, chegando a ser solidário com os meus medos e preocupações. Tem tomado emprestado de mim os medos de uma banca examinadora, para relatar o seu último ano de faculdade, quando começou a sentir os seus próprios medos. Eis como uma banca examinadora de tese vira assunto para se montar histórias.

Penso aqui, na importância que tem encontrar ou inventar um sentido para as atividades, através de uma relação, de tal forma a poder estendê-lo para outras tantas construídas dentro ou fora da nossa realidade terapêutica. Para significar atividades, um sentido é buscado durante o processo de realização. Naquela sessão do grupo de

acolhimento no PROAD, os pacientes esculpam em argila. Alguns modelavam seu próprio corpo, tendo como molde suas figuras no espelho. Outros tinham como modelo as terapeutas. A terapeuta provocou um deles a buscar no seu próprio corpo o formato e a força de sustentação do pescoço. Em todos esses jeitos, o sentido das atividades mediadoras está na mobilização para um estreitamento na relação terapeuta-paciente. Todo processo de realização e construção demanda o reconhecimento de si próprio e do outro, no tempo em que se usa o corpo como modelo e o corpo para modelar. Caminha-se em busca de identidade experimentando vivenciar positivamente uma relação, pelo menos nesse momento e espaço, sem a droga.

Esta, é claro, não é a única forma de se trabalhar a identidade e a dependência. O bom de se trabalhar em equipe é que cada profissional pode, para isso, usar seus instrumentos específicos. Tem sido assim no Ambulatório de Crise. Lembro que lá, modelo, identidade e dependência foram temas de uma história bem sucedida. Uma coruja doada para cópia pela terapeuta ocupacional abriu a porta para que uma paciente saísse da crise.

No grupo do Ambulatório de Doenças Afetivas, naquela ocasião constituído por mulheres, acontecia o que penso que deve, sempre que possível, acontecer. O setting terapêutico tomou a forma de suas usuárias: um ar familiar, caseiro, todo feminino. As atividades eram domésticas, um cafezinho aqui, uma troca de receitas ali, não faltavam nem fofocas. A diferença, que lá fazia muita diferença, era a continência. Havia espaço para atualizar a tragédia do cotidiano. Mas havia também a exigência que criava a maternagem com o binômio continência-limite. A exigência estava fundamentalmente depositada no fazer, pelo produto e sua qualidade. Qualidade revertida a cada uma das pacientes no sentido de reinvestida em valorização da vida.

Vida e morte é o dilema constante em que se nos apresenta o excluído. Mais do que saber, podemos ter como terapeutas ocupacionais a sensação visual disto e projetar como oposição à morte a experiência que se vive. Freud dizia que nos sanatórios onde os pacientes não eram atendidos psicanaliticamente, a transferência mostrava sua máxima intensidade e adotava as formas mais indignas em seu matiz erótico. Não me cabe aqui tratar da solução psicanalítica para esta questão, mas sim encontrar um lugar para a terapeuta ocupacional.

Morte e indignidades, graves inconvenientes dos sanatórios, encontram resistência e oposição no setting da terapeuta ocupacional. Há nesse espaço um jogo afetivo a ser vivido. No *Caso difícil* desta tese as tristes pacientes ou as pacientes tristes jogam afetivamente um torneio com o "de dentro" e com o "de fora". De pronto nos era mostrada a situação de uso das atividades como veículo para o "de dentro" e para o "de fora" do setting terapêutico. No "de dentro", isto é, na situação terapêutica, começamos pelo contrato: o grupo se reúne com o objetivo de fazer atividades. As pacientes sabem disso quando são encaminhadas à terapia ocupacional. Assim sendo, não se encontram muitas dificuldades para a indicação ou a escolha de atividades, num primeiro momento. Pode-se, entretanto, perceber que este movimento inicial não minimiza a ocorrência de conflitos gerados pela própria situação de trabalhar em grupo. A gerência desses conflitos é justamente um dos objetos de trabalho da terapeuta ocupacional, quando o pensa dinamicamente.

Para avaliar o "de fora", isto é, o resultado de tal intervenção, contamos com três elementos: o depoimento das próprias pacientes; a qualidade de suas atividades desenvolvidas fora do setting terapêutico, e para ele trazido a fim de ser concluído e avaliado; e por fim a discussão dos casos clínicos com as assistentes sociais que orientavam, também em grupo, os familiares. Foi sem dúvida a dedicação e o empenho das assistentes sociais e sua supervisora, Sandra M. Z. Calasso, que nos deram, através dos familiares, a real dimensão dos benefícios da nossa forma de intervenção. Mas, no caso de estar sozinho, como estava R., paciente do caso *Busca de sentido*, vivendo a angústia de morte e a culpa, o jogo afetivo, a maternagem que incluía alimentar, tudo teve que ser mais intenso. Ultrapassou sérias barreiras e se segurou impregnado pela ética. É também com ética que se pode mostrar a diferença entre o masculino e o feminino no grupo de dependentes, sendo que, numa relação muito próxima, o feminino em relevo lá estava para chamar a atenção para a vida e a construção.

Até ontem, ou melhor, mesmo hoje, um paciente no pronto-socorro psiquiátrico era, juntamente com a família, preparado para a internação. Hoje, muitos são orientados a aprender atividades, ainda que estejam vivenciando o próprio caos. A terapeuta ocupacional, ao ingressar nesse caos, pode afastar o caótico, desde que não se engane, como fez Anaís Nin, vendo o que era do gênio Artaud através daquilo que era o seu próprio "gênio". Mas isto não é fácil e ninguém pode nos mostrar melhor sua incertezas do que uma especializanda em seu primeiro atendimento. Alessandra, em seu relatório de caso para o Ambulatório de Crise, mostra toda sua tensão e preocupação com os sentimentos nela provocados numa relação terapêutica. Para mim, ainda não foi inventada uma forma melhor para compreender essas situações além dos estudos da transferência desenvolvidos pela psicanálise. Há, entretanto, na terapia ocupacional uma forma particular de aplicar esses conhecimentos.

Todo o setting da terapeuta ocupacional é construído a partir da aproximação entre o paciente e a terapeuta com o objetivo de realizar atividades. Esta situação implica num forte compromisso com a realidade. Isto, entretanto, não nos protege ou nos impede de sermos implicadas transferencialmente pelos pacientes. Pelo contrário, somos implicadas intensamente nas ocorrências transferenciais, sendo que é assim que se pode qualificar o setting da terapeuta ocupacional como um campo transferencial. Esse campo, para ser mantido, demanda da terapeuta ocupacional o desenvolvimento de um olhar que capta como informações as ocorrências transferenciais e que permitem do quase nada ver algo a fazer.

A observação de tais informações, em primeiro lugar, criam um espaço confortável para que possamos mobilizar e promover o fazer. Como supervisora de Alessandra, orientei-a a direcionar-se no ensino de atividades com o valor de uso, prevendo que a garantia de realizações seria o primeiro passo para a independência de seu paciente. Sustentando a terapia ocupacional pelo estreitamento da relação triádica, paciente- terapeuta-atividade, ela poderia manter o equilíbrio no caos provocado pela situação de crise. Além disso, este é o pressuposto para que possamos acumular produtos que nos possibilitarão trilhar por associações, criando com isso espaços de historicidade. O fio condutor e o elemento de ligação para composições históricas

resultam da combinação das associações, das informações e dos fatos afetivos vividos na relação terapêutica.

Para medir os resultados dessa forma de intervenção é preciso que tenhamos dois níveis de análise. O primeiro, da própria clínica, onde mais do que através de elaborações ocorridas na própria relação terapêutica, é preciso aferi-la analisando a inserção social do paciente. O outro nível de análise será o da pesquisa propriamente dita de todo esse alicerce, proposto por mim como capaz de sustentar diferentes construções. Sei que este arcabouço só terá sentido se sobre ele terapeutas ocupacionais puderem desenvolver sua engenharia. Aquilo que faço por prazer e gosto deve ser aferido para que possa adquirir também o doce sabor de ser compartilhado. Seja como clínica ou como professora, quero crer que meu espaço de vida se junta a outros. Na realidade, eu mesma me vejo como objeto descartável, mas que pode deixar uma marca objetual e, como gostaria, um caminho, e depois uma saudade.

Para agradecer àqueles que, direta ou indiretamente, comigo construíram suas primeiras histórias, uso o que eles acabam sempre por conhecer: minha irreverência e meu humor. Na sequência dos roteiros aqui apresentados, e ressaltando o papel da artista coadjuvante, suas histórias poderiam ter como título: "A ladra e o artista", "A sobrevivente", "Meu companheiro de tese", "A professora de artesanato", "A mulher sorrisal", "A outra", e por fim, "A coruja".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO 1

01

Bensaid, A., Dejours, C. - 'Psychose et travail: L'apport de la psychopathologie du travail', em "Le traitement des schizophrènes". Éditions Frison-Roche, Paris, 1991, pág. 325.

02

Oury, J. - "Création et schizophrénie". Éditions Galilée, Paris, 1989, pág. 149.

03

Benetton, M.J. - "Terapia ocupacional, uma abordagem metodológica em saúde mental". Dissertação de mestrado, P.U.C., São Paulo, 1989.

04

Mosey, A.. - "Recapitulation on ontogenesis: a theory of practice of occupational therapy", em *American Journal of Occupational Therapy*, 22:426-8, 1979, pág. 59.

05

Magalhães, L.V. - "Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição". Dissertação de mestrado, Unicamp, Campinas, 1989, pág. 120.

CAPÍTULO 2

06

Wilhelm, A. - "Les limites du savoir", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1990, 12, 2, 38.

07

Ferreira, A. B. de H. - "Novo Dicionário Aurélio". Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1980, pág. 664.

08

Benetton, M. J. - "Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose". Lemos Editora, São Paulo, 1991, pág.45.

09

Lacan, J. - "O seminário", Livro 3, 'As psicoses'. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1985, pág. 12.

10

Beers, C. W. - "Um espírito que se achou a si mesmo". Companhia Editora Nacional, São Paulo, 1967, págs. 32 e 71.

11

Nin, A. - "O diário de Anais Nin", vol.I, 1931-1934. Livraria Bertrand, Lisboa, 1966, págs. 174, 208 e 209.

12

Barnes, M., e Berke, J. - " Viagem através da loucura". Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1963, págs. 30 e 66.

13

Freud, S. - 'Autobiografia', em "Obras Completas", vol.III. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981, págs. 2.742 e 2.792.

14

Aulagnier, P. - "A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado". Imago Editora, Rio de Janeiro, 1979, págs. 22 e 23.

15

Pankon, G. - "O homem e sua psicose". Editora Papyrus, Campinas, 1989, págs. 246 e 247.

16

Resnik, S. - "L' experience psychotique". Césura Lyon Edition, Lyon, 1986, págs. 14 e 15.

17

Pelbart, P. P. - "Da clausura do fora ao fora da clausura". Editora Brasiliense, São Paulo, 1989, pág. 170.

18

Wilson, M. - "Occupational therapy in long-term psychiatry". Churchill Livingstone, U.K., 1987, pág. 3.

19

Benetton, M. J. - "Alguns aspectos do uso de atividades artísticas em Terapia Ocupacional", em *Boletim de Psiquiatria*. E.P.M., São Paulo, junho 1984, vol.17, nº 2, pág. 72.

20

Saint-Barthélemy, F. D. C. de - "L' ergothérapie en psychiatrie", em *Journal d' Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1987, nº 4, tome 9, pág. 27.

21

Fernandes, S. R. - "Reflexões sobre a Terapia Ocupacional, o uso de atividades e a psicose", em *Boletim de Psiquiatria*. E.P.M., São Paulo, janeiro-dezembro 1988, vol.21, nºs 1/2, pág. 31.

22

Bourdin, M.A. - "L'ergothérapie: un des cadres de jeu proposé aux patients psychotiques" (1^{ère} partie), em *Journal d'Ergothérapie*. Paris, 1988, 10, 2, pág. 49.

OUTRAS REFERÊNCIAS

Althusser, L. - "O futuro dura muito tempo". Cia.das Letras, São Paulo, 1993.

Dickinson, E. - "From madness to Mental Health: a brief history of psychiatric treatments in the U.K. from 1800 to the present", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, october 1990. 53 (10), págs. 419 a 424.

Ernest, M. - "Otdbase: an Occupational Therapy literature search service", em *The Occupational Therapy Journal of Research*. Jul/ aug, 1990, vol. 10, nº 3.

Ilott, I. - "Occupational science", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, october 1990. 53 (10), pág. 433.

Lang- Etienne, A. - "L' Ergotherapie et nous. Des paradoxes de l'ergothérapie", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1987, vol. 9, nº 4, pág. 159 e 160.

Mayers, C. A. - "Philosophy unique to Occupational Therapy", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, september 1990. 53 (09), págs. 378 e 379.

Penn, B., Penn, J. - "Marketing Occupational Therapy: imperative for the future?", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, february, 1990. 53 (02), págs. 64 a 66.

Porter R. - "Uma história social da loucura". Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1990.

Renwick, R., Friedland, J., Sernas, V., Raybould, K. - "Crisis in psychosocial Occupational Therapy: a closer look", em *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, december, 1990, vol. 57, nº 5, págs. 279 a 284.

Scott, O.; Katz, N. - "Occupational Therapy in Mental Health: principles in practice". Ed. Taylor & Francis, Philadelphia, 1988

Therriault, P. Y., Collard, F.- "Ergothérapie: je me souviens", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1987, vol. 9, nº 2, págs. 41 a 49.

CAPÍTULO 3

23

Suliano Filho, M. - "Ocupoterapia na Saúde Mental". Edição particular, Fortaleza, 1982.

24

Nascimento, B.A. - "Loucura, trabalho e ordem - O uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas". Dissertação de mestrado em Ciências Sociais, PUC-SP, 1991, pág. 133.

25

Person, Y. - "Pour une théorie des actes", em *Journal d' Ergothérapie*, Paris, 1990, tome 12, nº 12, pág. 45.

26

Nascimento, B. A. - "O mito da atividade terapêutica", em *Revista Terapia Ocupacional-USP*, 1990, vol 1, nº 1, págs. 18 e 19.

27

Etiénne, A., " L' activité in Amérique du Nort: evolution vers une science de l' occupation", em *Journal d' Ergothérapie*. Paris, 1991, tome 3, nº 2, págs. 48 e 50.

28

Occupational Therapy, Journal of Research - The American Occupational Therapy Foundation, Slack Incorporated, Thefore, New Jersey, USA.

29

Bumpherey, E. E. - "Occupational therapy of people with phisycal dysfunction", em *The British Journal of Occupational Therapy*. London, 1987, vol 50, nº 10, pág. 333.

30

Detraz, M. C. - "Ergothérapie des amputés d'avant-bras appareillés avec une prothèse myoélectrique", em *Journal d' Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1993, tome 15, nº 2, págs. 34 a 37.

31

Durand, P. A. - "La stimulation vibratorie transantancé dans la rééducation de la main", em *Journal d' Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1993, tome 15, nº 2, págs. 44 a 46.

32

Pigeon, E. - "Pressothérapie, aldème et volumétrie dans les traumatismes de la main", em *Journal d' Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1993, tome 15, nº 2, págs. 47 e 48.

33

Nascimento, B. A. - "Loucura, trabalho e ordem - O uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas", obra citada, pág. 139.

34

Kleinman, B. L. - "The challenge of providing occupational therapy in Mental Health", em *The American Journal of Occupational Therapy*, June, 1992, vol. 46, nº 6, pág. 556.

35

Simon, H. - "A ktinere krankenbehandlung der Irrenanstalt". Gruyter Edit., Berlim, 1929.

36

Basaglia, F. - "A instituição negada". Edições Graal, Rio de Janeiro, 1968.

37

Nascimento, B. A. - "Loucura , trabalho e ordem - O uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas", obra citada, págs. 121, 122 e 123.

38

Mountford, S. W. - "Introduction to Occupational Therapy". E. S. Livingstone, Edinburgh and London, 1971, pág. 7.

39

Benetton, M. J. - "Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose", obra citada, pág. 34.

40

Fidler, G. S. y Fidler, J. W. - "Occupational Therapy: a communication presses". Macmillan, New York, 1963, pág.35.

41

Llorens, L. - "Application of a developmental theory for health and rehabilitation". American Occupational Therapy Association, Maryland, 1970, pág.22.

42

McGarry, D.- "Avons-nous perdu ce qui faisait notre difference?", em *The Canadian Journal of Occupational Therapy*. Québec, dezembro 1990, vol 57, nº 5, págs. 259 e 260.

43

Trombly, C. A., Scott, A. D. - "Occupational Therapy for physical dysfunction". The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1977. pág. 245.

44

Finlay, L. - "Occupational Therapy practice in Psychiatry". St. Edmundsbury Press Ltd., London, 1988 , pág. 97.

45

"Terapia Ocupacional em Psiquiatria", apostila sem referencial autoral. Curso de Terapia Ocupacional, USP, São Paulo, 1969.

46

Mountford, S. W. - "Introduction to Occupational Therapy", obra citada, pág. 17.

47

Kielhofner, G., Henry, A. D., Walens, D., and Rogers, E. S. - "A generalizability study of the occupational performance history interview", em *The Occupational Therapy Journal of Research*. Sep/oct 1991, vol.11, nº 5, págs. 292 a 305.

48

Medeiros, M. H. R. - "A Terapia Ocupacional como um valor: uma abordagem epistemológica e social". Dissertação de Mestrado, PUC, Campinas, 1989, pág. 114.

49

Benetton, M. J., Ferrari, S. M. L. - "Pour la spécialisation d'ergothérapeutes en Psychiatrie: une approche psychodynamique", em *Journal d'Ergotherapie*. Masson Editeur, Paris, 1989, vol. 11, nº 2, pág. 80.

50

Bayro-Corrochano, F. - "Dans le modelage... un visage que insiste". Art et Thérapie, Centre National des Lettres, Alleume-Bois, numero spécial, 1992, vol. 42, nº 43, pág. 12.

51

Van Gogh, V. - "Cartas a Théo". L& P.M. Editores, Porto Alegre, 1991, págs. 99 e 198.

52

Chamone Jorge, R. - "Chance para uma esquizofrênica". Oficinas Gráficas da Imprensa Oficial de MG, Belo Horizonte, 1980, pág. 43.

53

Benetton, M. J. - "Esquizofrenia - Atualização em diagnóstico e tratamento", capítulo 'Terapia Ocupacional'. Atheneu, Rio de Janeiro, 1993, pág. 262.

54

Ferreira, A. B. De H. - "Novo Dicionário Aurélio", obra citada, pág. 48.

55

Armand, L., Drancourt, M. - "Les theories de l' action: dictionnaire". Centre d' Étude et Promotion de la Lecture, Paris, 1972, pág. 396.

56

Wetzel, C. - "Histoire de la peinture". Belfond, France, 1990, pág. 529.

57

Pankow, G. - "Art et fantasme", coleção dirigida por Gagnelin, M. e Wiant, C. Champ Vallon, Seyssel, 1984, pág. 218.

58

Bourdin, M.A. - "L'ergothérapie: un des cadres de jeu proposé aux patients psychotiques" (1^{ère} partie), obra citada, pág. 60.

59

Benetton, M. J. - "Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose", obra citada, pág. 67.

60

Van Gogh, V. - "Cartas a Théo", obra citada, pág. 271.

61

Debré, O. - "L'art est-il une connaissance?". Droit, R. P. (organizador). Le Monde Editions, Paris, 1993, pág. 47.

62

Hain, P. - "L'art est-il une connaissance?", obra citada, pág. 101.

63

Mandelbrojt, J. - "L'art est-il une connaissance?", obra citada, pág. 147.

64

Brusse, M. - "L'art est-il une connaissance?", obra citada, pág. 116.

65

Hers, F. - "L'art est-il une connaissance?", obra citada, pág. 292.

66

Soporta, K. - "L'art est-il une connaissance?", obra citada, pág. 225.

67

Simon, Y. - "L'art est-il une connaissance?", obra citada, pág. 178.

68

Katz, M. - "Le point gris: Seminaire du Grand-Perray", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1988, tome 10, nº 2, págs. 65 a 68.

69

Green, A. - "L'art est-il une connaissance?", obra citada, pág. 77.

70

Barbosa, A. M. - "A imagem no ensino da Arte". Editora Perspectiva, São Paulo, 1991, pág. 4.

71

Thévoz, M. - "Art, Folie, Graffiti, LSD, ETC." Editions de l'Aire, Lausanne, Suíça, sem data, pág. 22.

72

Van Gogh, V. - "Cartas a Théo", obra citada, pág. 282.

73

Arantes, U. C. - "Artaud: teatro e cultura". Editora Unicamp, Campinas, 1988, págs. 60 e 61.

74

Green, A. - "L'art est-il une connaissance?", obra citada, págs. 82 e 83.

75

Anzieu, D. - "Le corps de l'oeuvre". Editions Gallimard, Paris, 1981, pág. 17.

76

Winnicott, D. W. - "Natureza humana". Imago Editora, Rio de Janeiro, 1990, págs. 129 e 130.

77

Chauviré, C. - "Wittgenstein". Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1989, págs. 110, 117 e 118.

78

Medeiros, M. H. da R. - "A Terapia Ocupacional como um valor: uma abordagem epistemológica e social", obra citada, pág. 110.

79

Brito, L. P. L. - "Afasia do terapeuta ocupacional", em *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCAR*. São Carlos, ago-1990/jan-1991, vol.1, nº 2, pág. 142.

80

"L'ergothérapie au sein de la C.E.E.", Occupational Therapist E.C. Chart janvier 1989, em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1990, vol. 12, nº 4.

81

Mellini-Fabre, A. - "Les instances internationales de l'ergothérapie: COTEC et W.F.O.T", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson, Paris, 1992, vol. 14, nº 4.

82

Orvoine, C. H, Le Montagne, H. - "Vue d'ensemble de l'ergothérapie en France en 1990-1991", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson, Paris, 1992.

83

Chamone Jorge, R. - "Terapia Ocupacional psiquiátrica: aperfeiçoamento". FUMAR/PUC-MG - Belo Horizonte, 1984.

84

Blanchet, M. C. - "La section de formation continue. Que propose-t-elle? A qui? Pourquoi?", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson, Paris, 1989, vol. 11, nº 2, págs. 58-60.

85

Hahn, M. - "Educação continuada", em *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCAR*. São Carlos, 1990, vol. 1, nº 1, págs. 50 e 51.

86

Medeiros, M. H. da R. - "A produção e a transmissão do conhecimento em Terapia Ocupacional", em *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCAR*, obra citada, págs. 5 e 6.

87

Barros, D. de - "Perspectiva da instituição psiquiátrica e o papel do terapeuta ocupacional", em *Revista Insight*. Lemos Editora, São Paulo, 1993, nº 36, págs. 28 e 29.

88

Hahn, M. - "Educação continuada", obra citada, pág. 61.

89

Fernandes, A. - "A mulher escondida na professora: uma leitura do ser mulher, da corporalidade e da aprendizagem". Artes Médicas, Porto Alegre, 1994, pág. 5.

90

Gillette, N. - "Terapêutica Ocupacional", Willard e Spackman (coordenadores). Editorial Jims, Barcelona, 1973, pg 54.

91

"Terapia Ocupacional em Psiquiatria", apostila sem referencial autoral, obra citada.

92

Foucault, M. - "Vigiar e punir: história da violência nas prisões". Editora Vozes, Petrópolis, 1986, pág. 91.

93

Pelabon, V. - "Un code d'éthique européen pour les ergothérapeutes", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1993, vol 15, nº 2, págs. 56 a 60.

94

Chauviré, C. - "Wittgenstein", obra citada, pág. 73.

95

Benetton, M. J. - "Organización de Setor de Terapia Ocupacional en Servicios de Psiquiatria", em *Informaciones Psiquiátricas*, publicación de las Instituciones Psiquiátricas de les Humanas Hospitalarias, Barcelona, 1975, nº 62.

96

Pierquin, A. J. M., Farcy, P. - "Ergothérapie". Masson Editeur, Paris, 1980, pág. 174.

97

Finlay, L. - "Occupational Therapy practice in psychiatry", obracitada, pág. 72.

OUTRAS REFERÊNCIAS

Akashi, L. T.- "O cidadão e a lei: o caso específico da pessoa portadora de deficiência". Dissertação de Mestrado, Psicologia Social, PUC-SP, 1992.

Barris, R., Kielhofener, G., Watts, J. H. - "Occupational Therapy in Psychosocial Practice". Slack Incorporated, New Jersey, 1988.

Barris, R., Kielhofener, G., Watts, J. H. - "Bodies of knowledge in Psychosocial Practice". Slack Incorporated, New Jersey, 1988.

Barros, D. D. - "Jardins de Abel. Desconstrução do manicômio de Trieste". Lemos Editorial e EDUSP-Editores, São Paulo, 1994.

Bridle, M., Hanks, B. - "A survey of canadian Occupational Therapy: private practice", em *The Canadian Journal of Occupational Therapy*, june 1990, vol. 57, nº 3, págs. 160 a 164.

British Association of Occupational Therapy - "Code of Professional Conduct", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, april 1990. 53 (4), págs. 143 a 148.

Brook, M. - "The therapeutic use of clay", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, january 1991. 54 (1), págs. 13 a 15.

Craven, T. - "Piezas magistrales de arte". Simon and Schuster, New York, 1952.

Dent-Brown, K. - "Numbers and distribution of men entering Occupational Therapy training 1985-1988", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, June 1990. 53 (6), págs. 229 a 232.

Desrosiers, L., Saint-Jean, M., Haché, J. B. - "The study of therapeutic properties of activity in the treatment of psychotics". Trabalho apresentado no Congresso Europeu de Ergoterapia, Bélgica, 1992. Arquivo C.E.T.O.

Dillard, M., et col. - "Culturally competent Occupational Therapy in a diversely populated Mental Health setting", em *The American Journal of Occupational Therapy*. August 1992, vol. 42, nº 8, págs. 721 a 726.

Figueiredo, G. - "O desafio da prática clínica: o consultório psiquiátrico numa perspectiva psicossocial". Comunicação apresentada na IV Jornada Psiquiátrica da Região Sul - Associação Brasileira de Psiquiatria - Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 13 a 15 de novembro de 1993.

Goble, R. - "The professional continuum". Trabalho apresentado no Congresso Europeu de Ergoterapia, Bélgica, 1992. Arquivo C.E.T.O.

Graham, J. - "Occupational Therapy in Australia : a changing profession and changing attitudes", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, September 1990. 53 (9), págs. 370 a 372.

Green, S. - "Shaking our foundations. Part I: Occupational Therapy - Its path to professionalisation", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, January 1991. 54 (1), págs. 53 a 56.

Hollis, V. - "Self directed learning as a post-basic educational continuum", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, February 1991. 54 (2), págs. 45 a 48.

Karaseferian, Y. - "Private practice in Germany: overview of the development and present situation" Trabalho apresentado no Congresso Europeu de Ergoterapia, Bélgica, 1992. Arquivo C.E.T.O.

King, J. - "The role of the Research Ethics Committee", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, April 1990. 53 (4), pág. 148.

Kudo, A. M., Marcondes, E., e col. - "Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria." Monografias Médicas, série Pediatria. Sarvier Editora, 1990.

Leclair, S., Kristeva, J., Giudicelli, S., et col - "Creativité et folie". Actes Écris, Marseille, 1984.

- Lery, N. - "Droit et éthique de la santé: l'expérience d'une consultation", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, december 1993, vol. 15, nº 4, págs. 139 a 142.
- Lopes, R. E. - "A formação do terapeuta ocupacional." Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos-UFSCAR, São Carlos, 1991.
- Mango, C. R., Richman, J., - "Humor and Art Therapy", em *The American Journal of Art Therapy*. August 1990, vol. 28, págs. 111 a 114.
- Maroto, G. N. V. - "Terapia Ocupacional - Discurso e Prática no Estado de São Paulo". Mestrado em Educação, Universidade Federal de São Carlos-UFSCAR, São Carlos, 1991.
- McNiff, S. - "Fundamentals of Art Therapy", em *The American Journal of Art Therapy*. Vermont, august 1991, vol. 30, nº 1.
- Mitchel. J. - "Psicanálise e feminismo". Interlivros, Belo Horizonte, 1979.
- Nouvelle Revue de Psychanalyse, artigo "Destins de l' image". Gallimard Éditions, Paris, 1991, nº 44.
- Novais, A. (org). - "O olhar". Companhia das Letras, São Paulo, 1988.
- Parish, J., Carr, D. and col. - "Undressing the facts: the problems encountered by male occupational therapists", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, february 1990. (53), págs. 67 a 70.
- Penel-Lefevre, A. - "Cuisine et repas: une activité d'ergothérapie à l'hospital", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1988, vol. 10, nº 1, págs. 3 a 11.
- Roda, E. F.- "Corpo deficiente: em busca de reabilitação?" Dissertação de Mestrado. Programa de Psicologia da Educação, USP, 1990.
- Taylor, E. A., Madill, H. M., Macnab, D.- "Values, salience and job satisfaction: male and female occupational therapists responses", em *The Occupational Therapy Journal of Reserarch*. May/june 1990, vol. 10, nº 3, págs. 131 a 142.

CAPÍTULO 4

98

Bertolote, J. M. - "Organização Mundial da Saúde e a Saúde Mental", em *Insightt-Psicoterapia*. Lemos Editora, São Paulo, 1993, nº 30, pág.6.

99

Gentil, Y. - "Tendências da Psiquiatria na década do cérebro", em *Revista Temas*, do Grupo de Estudos Psiquiátricos do Hospital do Servidor Público Estadual. São Paulo, jul-dez 1991, vol.21, nº 42, pág.355.

100

Freud, S. - 'Psicoanálisis y teoria de la libido', em "Obras Completas", tomo III. Biblioteca Nueva, Madrid, 1981, pág.2.676.

101

Benetton, M. J. - "Alguns aspectos do uso de atividades artísticas em Terapia Ocupacional", obra citada, pág. 71.

102

Bourdin, M. A. - "L'ergothérapie: un des cadres de jeu proposé aux patients psychotiques" (1^{ère} partie), obra citada, pág. 50.

103

Legros, J. C. - "A propos du rôle d'un ergothérapeute en institution psychiatrique pour adolescents", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1988, vol.10, nº 1, pág.12

104

Winnicott, D. H. - "O limiar e a realidade". Imago Editora, Rio de Janeiro, 1975, pág.14.

105

Luz, R. - "O espaço potencial: Winnicott, Percurso". Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo, 1992, nº 8, pág.28.

106

Winnicott, D. H. - "O limiar e a realidade", obra citada, pág.142.

107

Benetton, M. J. - "Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose", obra citada, pág. 46.

108

Winnicott, D. W. - "Natureza humana", obra citada, pág. 138.

109

Bloise, P. V. - "Crise e multidisciplinaridade", em *Boletim de Psiquiatria*. E.P.M., São Paulo, 1993, vol.26, nº 1/2, pág.25.

110

Benetton, M. J. - "Esquizofrenia - Atualização em diagnóstico e tratamento", capítulo 'Terapia Ocupacional', obra citada, pág. 263.

111

Mosey, A. C. - "Activities Therapy". Raven Press, New York, 1978, págs.27 e 28.

112

Laplanche, J., Pontalis, J-B. - "Vocabulário de Psicanálise", Moraes Editores, Lisboa, 1970, pág. 670.

113

Legros, J. C. - "A propos du rôle d'un ergothérapeute en institution psychiatrique pour adolescents", obra citada, pág.13

114

Winnicott, D. H. - "O limiar e a realidade", obra citada, pág.188.

115

Perrier, F. - "Schizophrénie". *Evolution Psychiatrique*, Paris, 1958, nº 2, pág.432.

116

Resnik, S. - "L'Expérience psychotique", obra citada, pág.28

117

Benetton, M. J. - "Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose", obra citada, pág. 47.

118

Fernandes, A. - "A mulher escondida na professora: uma leitura do ser mulher, da corporalidade e da aprendizagem", obra citada, pág. 5.

119

Benetton, M. J. - "Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose", obra citada, págs.41, 80 e 81.

120

Ferrari, S. M. L. - "Terapia Ocupacional", capítulo de livro sobre tratamento de psicóticos, organizado por S. Betarelo, prelo. São Paulo, 1994.

121

Azima, H., Wittkower, E. D. - "Gratification of basic needs in the treatment of schizophrenics", em *Canadian Journal of Psychiatry*, 1956, vol.19, nº 121, pág.27

122

Fidler, G. S. y Fidler, J. W. - "Occupational Therapy: a communication presses", obra citada, pág.45.

123

Sivadon, P. - "La rééducation fonctionnelle par les méthodes activés". Les Mesnil, Saint-Denis, 1962, pág.25.

124

Benetton, M. J. - "Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose", obra citada, pág. 40.

125

Benetton, M. J. - "Esquizofrenia - Atualização em diagnóstico e tratamento", capítulo 'Terapia Ocupacional', obra citada, pág. 263.

126

Benetton, M. J. - "Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose", obra citada, pág. 84.

127

Carozzo, N. L. M. (organizador) et all - "A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico". Escrita, São Paulo, 1991, pág.39.

128

Barembliitt, G. - "A rua como espaço clínico. Acompanhamento terapêutico". Escrita, São Paulo, 1991, pág.79.

OUTRAS REFERÊNCIAS

Azima, H.- "Dynamic's Occupational Therapy". Monograph Supplement, Montreal, 1961, vol. XXII

Bruce, M. A. - 'Occupational Therapy in group treatment', em "Occupational Therapy in Mental Health: principles in practice". Scot D. W., Katz N., Taylor e Francis, London, 1988.

Colliere, M. F. - "De utilisátion d l'antropologie pour aborder les situations de soins," em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, decembre, 1993, vol. 15, nº 4, págs. 114 a 125.

Cramer, W.- "Solid wood: a new furniture renovation project for psychiatric patients in the community", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, july 1990. 53 (7), págs. 292 a 294.

Derre, R.- "Occupational Therapy and Psychoanalysis". Trabalho apresentado no Congresso Europeu de Ergoterapia. Bélgica, 1992. Arquivo C.E.T.O.

Duncombe, L. and Howe, M. C.- "Group work in Occupational Therapy: a survey of practice", em *American Journal of Occupational Therapy*. 1985, (39), págs. 165 a 170.

Eghiayan, P.- "Aspects psychologiques d'une prise en charge groupes des personnes amputées", em *Journal D'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, september 1993, vol. 15, nº 3, págs. 94 a 96.

Faye, J. P., Cooper, D.; Foucault, M., e col. - "La folie encerclée". Collectif Change, Seghers/ Laffond. Paris, octobre 1977, nº 32-33.

Fédida, P.- "Clínica Psicanalítica-Estudios". Editora Escrita, São Paulo, 1988.

Freud, S. - 'La dinámica de la transferencia', em "Obras Completas", tomo IV, LVIII (1912). Biblioteca Nueva, Madrid, (quarta ed.), 1981, págs. 1648 a 1653.

Guattari, F. - "O inconsciente maquímico - Ensaio de esquizo-análise". Papyrus Editora, Campinas, 1988.

Hall, T., Lloyd, C. - "Non-verbal communication in a Health Care setting", em *British of Occupational Therapy*. London, september, 1990. 53 (9), págs.383 a 386.

Howe, M. C. and Schwartzburg, S. - "Functional approach to group work in Occupational Therapy." P. A. , J. B. Lippincott, Philadelphia, 1986.

Laplanche, J.- "Novos Fundamentos para a Psicanálise". Edições 70, Lisboa, 1988.

Minkonviski, E. - "La schizophrénie". Payot, Paris, 1927.

Nadal, J.; Pierrakos, M., Secco Bellati, M. - "Rêve de corps - Corps du langage". Editions L'Harmattan, Paris, 1989.

Navarron, E. L.; Cueva, C. y Perona, S. - "Activities and social support. An experience in community psychiatry in Sevilha, Spain." Congresso Europeu de Ergoterapia, Bélgica, 1992. Arquivo C.E.T.O.

Oury, J. - "L'aliénation". Éditions Galilée, Paris, 1992.

Paganizzi, L. y otros - "Terapia Ocupacional: del hecho al dicho". Psicoterapias Integradas Editores, Buenos Aires, 1991.

Pluchon, H. - "La thérapie par l'ergon ... ou l'ergothérapeute metteur in scène", em *Journal D'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, 1994, vol. 16, nº 1, págs.34 a 39.

Prado, M. M. R.- "Descobrimdo o lúdico". Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação - Unicamp, 1991.

Racamier, P. C. - "Les schizophrènes, ". Éditions Payot, Paris, 1990.

Racamier, P. C. - "Antoedipe et ses destins" Apsygee Éditions, Paris, 1989.

Rugg, S. - "The who can, does. The who cannot, teaches. Is it true for Occupational Therapy?", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, september 1990. 53 (9), págs. 381 a 382.

Saint, M. - "Effective identification of elderly patients requiring Occupational Therapy", em *British Journal of Occupational Therapy*. London, february 1990. 53 (2), pág. 57 a 60.

Sassolas, M. (Dir) - "Le théâtre du soin, ses acteurs et ses lieux". Césura Lyon Éditions, Lyon, 1990.

Silvertre, M. - "Demain la Psychanalyse". Bibliothèque Analytica. Navarin Éditeur, Paris, 1987.

Tosquelles, F. - "Le travail thérapietique a l'hopital psychiatrique". Éditions du Scarabee, Paris, 1987.

Wittkower, E. D. - "Dynamic aspects of Occupational Therapy". Arhchives of Neurologic Psychiatric. Montreal, 1958, nº 79.

CAPÍTULO 5

129

Freire Costa, J. - "Psicanálise e contexo cultural". Editora Campus, Rio de Janeiro, 1989, pág.160.

130

Ferrari, S., Aguirre, B. - "Aspectos do funcionamento da clínica de grupos e sua especialidade na Terapia Ocupacional", em *Boletim de Psiquiatria*. E.P.M., São Paulo, 1990, vol.22/23, pág.22

131

Benetton, M. J. - "Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose", obra citada, pág. 29.

132

Fernandes, S. R. - "Reflexões sobre a Terapia Ocupacional, o uso de atividades e a psicose", obra citada, pág. 32.

133

Freire Costa, J. - "Psicanálise e contexto cultural", obra citada, pág. 5.

134

Tosquelles, F. - "Education & Psychoterapie Institutionnelle". Hiatus Edition Mantes-la-Ville, 1984, pág. 209.

135

Freire Costa, J. - "A singularidade do doente mental", em *Insight-Psicoterapia*. Lemos Editora, São Paulo, 1991, nº 12, pág. 12.

136

Ferreira, A. B. de H. - "Novo Dicionário Aurélio", obra citada, pág. 724.

137

Nin, A. - "O diário de Anaïs Nin", obra citada, págs. 169, 170, 180, 193, 194 e 205.

138

Artaud, A. - "Eu, Antonin Artaud". Hiena Editora, Lisboa, 1988, pág. 94.

139

Artaud, A. - "Os escritos de Antonin Artaud". L&P.M Editores, Porto Alegre, 1983, pág.127.

140

Shirakawa, I. - "O ajustamento social na esquizofrenia". Lemos Editora, São Paulo, 1992, págs. 6 e 102.

141

Silveira, D. X. da - "Aspectos arquetípicos das toxicomanias", em *Boletim de Psiquiatria*, E.P.M., São Paulo, 1988, vol.21, nº 1/2, pág. 27.

142

Olievenstein, C. - "A clínica do toxicômano". Artes Médicas, Porto Alegre, 1990, pág.114.

143

Benetton, M. J. - "Terapia Ocupacional", em *Insight-Psicoterapia*. Lemos Editora, São Paulo, 1989, nº 1, pág. 20.

144

Andreoli, A., Garrone, G. - "Les traitements dits de crise dans le secteur". *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, 1986, 137 (6), págs.113 a 129.

145

Bloise, P. V. - "Crise e multidisciplinaridade", obra citada, pág. 23.

146

Andreoli, A. - 'Crise et intervention de crise en Psychiatrie', em A.Andreoli, J.Lalive e G.Garrone "Crise et intervention de crise en Psychiatrie". SIMEP, Paris, 1986, págs.7 e 28.

OUTRAS REFERÊNCIAS

Bavaro, S. M. - "Occupational Therapy and obsessive-compulsive disorder", em *The American Journal of Occupational Therapy*. May 1991, vol. 45, nº 5, págs. 456 a 458.

Benetton, M. J. - "Terapia Ocupacional e Saúde Mental". *Boletim de Psiquiatria, E.P.M.*, São Paulo, 1984, vol. 17, nº 2 , págs. 91 a 93.

184.

Benetton, M. J. - "A equipe multiprofissional em Saúde Mental: sua ação prática e social". Trabalho apresentado na 1ª Jornada dos Hospitais da Congregação das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus. São Paulo, fevereiro 1989. Arquivo C.E.T.O.

Bertolote, S. L. G., Furtado, E. A., Garcia, M. I. S. - "Terapia Ocupacional com pacientes deprimidos". Trabalho apresentado no XIII Congresso Latinoamericano de Psiquiatria. Porto Alegre, 1983. Arquivo C.E.T.O.

Bocquet, F. - "Alcoololo-dépendance et créativité", em *Journal d'Ergothérapie*. Masson Editeur, Paris, maio 1994, vol. 16, nº 1, págs.40 a 42.

Cotralha, N. - "Intervention strategies in Occupational Therapy at an in-care unit for drug addicts". Trabalho apresentado no Congresso Europeu de Ergoterapia, Bélgica, 1992. Arquivo. C.E.T.O.

Custer, V. L., Wassink, K. E. - "Occupational Therapists intervention for an adult with depression and suicidal tendencies", em *The American Journal of Occupational Therapy*. September 1991, vol. 45, nº 9, págs. 845 a 848.

Del Porto, J. A., Miranda, M. A., Ferraz M. P. T. - "Características de Personalidade e Distúrbio Afetivo Bipolar", em *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1990, 39 sup 1, pág. 43 a 47.

Devereaux, E., Carlson, M. - "The role of Occupational Therapy in the management of depression", em *The American Journal of Occupational Therapy*. February 1992, vol. 46, nº 2, págs. 175 a 180.

Fernandez, I. - "Occupational Therapy in the process of drug addictis 'rehabilitation' ". Trabalho apresentado no Congresso Europeu de Ergoterapia, Bélgica, 1992. Arquivo C.E.T.O.

Goldberg, J. - "Clínica da Psicose: um projeto na rede pública." Te Corá Editora, Rio de Janeiro, 1994.

Green, A. - "O discurso vivo: uma teoria psicanalítica do afeto". Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1982.

Kemberg, O. F. - "Transtornos graves de la personalidad " Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V. México, 1987.

Moity, M., Anscutter, M. J., Gendre, F. - "L'Ergothérapie en milieu carcéral". Masson Editeur, Paris, december 1991, vol. 13, nº 4, págs. 128 a 134.

Parada, C. - "L'accueil revisité". Trabalho escrito para publicação em fevereiro 1993. Arquivo C.E.T.O.

Robinson, A. M., Avallone, J. - "Occupational Therapy in acute inpatient Psychiatry : an activities health approach", em *The American Journal of Occupational Therapy*. September 1990, vol. 44, nº 9, págs. 809 a 814.

Silveira, D. X. - "Alguns aspectos psicodinâmicos no tratamento das toxicomanias", em *Boletim de Psiquiatria*. E.P.M., São Paulo 1988, vol. 19, nº 1/2, págs. 11 a 13.

Silveira, D. X., Yazigi, L., Pessoa, M. E. - "L'impossibilité d'être". *Psychologues et Psychologies*. Paris, 1991 nº 102, págs. 18 a 21.

Tobin, C. - "La schizophrénie au quotidien". Éditions Odile Jacob, Paris, 1990