

MARIA LUISA GAZABIM SIMÕES BALLARIN

Este exemplar corresponde a versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental, pela terapeuta ocupacional Maria Luisa Gazabim Simões Balarin.
Campinas, 19 de dezembro de 1995.


Prof. Dr. SÉRGIO LUIZ SABOYA ARRUDA
Orientador

**TERAPIA OCUPACIONAL:
UMA PERSPECTIVA PSICODINÂMICA**
(CONTEXTO E ILUSTRAÇÃO DO ATENDIMENTO DE UM GRUPO)

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Mental

Orientador: *Prof. Sérgio Luiz Saboya Arruda*

Campinas, 1995

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	+100150009
	R. 2123
V.	Ex.
TOMBO BC	28764
PROC.	667/96
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	11/20/96
N.º CPD	

CM-00092688-2

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Ballarin, Maria Luisa Gazabim Simões

B212p Terapia ocupacional: uma perspectiva psicodinâmica (contexto e ilustração do atendimento de um grupo) / Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin.
Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador: Sérgio Luiz Saboya Arruda
Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Terapia ocupacional. 2. Saúde mental. I. Arruda, Sérgio Luiz Saboya. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Sérgio Luiz Saboya Arruda

Membros:

1.

2.

3.

Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data:

*A Adair e Níria,
pelas orientações mais preciosas ...*

*A Lourdiinha, José Adolfo e Adairzinho,
por me inspirarem de maneiras tão diferentes ...*

*A Raquel e aos bebês que habitam ainda o meu corpo,
minhas fontes primárias de amor ...*

*A Adriano, companheiro de vida, porto seguro,
onde, mesmo à deriva, me encontro ...*

Agradecimentos

O processo que vivenciei para elaborar esta dissertação envolve diferentes momentos.

Alguns deles trouxeram-me sensações de muito prazer. Prazer em aprender, em realizar, em me sentir capaz de ...

Em outros momentos, as sensações eram justamente inversas.

Entretanto, nesse oscilar de momentos, estive na companhia de pessoas que muito contribuíram. Penso que agradecê-las é um ato de reconhecimento e uma forma de retribuição.

Agradeço inicialmente aos professores do curso de pós-graduação, em especial meu orientador Sérgio Luiz Saboya Arruda, que com sensibilidade, disponibilidade e extremo profissionalismo conduziu-me neste processo.

Aos colegas do Curso de Terapia Ocupacional da PUCCAMP, que me possibilitaram um longo período de afastamento.

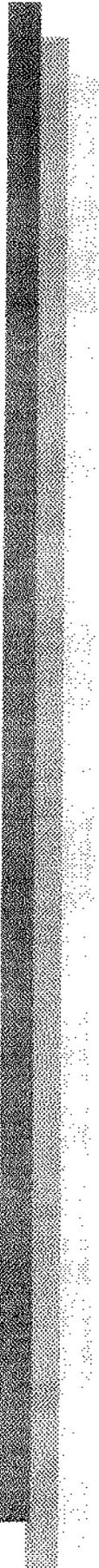
Aos pacientes do grupo de Terapia Ocupacional e à equipe técnica do CAPS Integração, especialmente Simone Mambrini, Regina Simões e Berenice R. Francisco.

Agradeço também ao CAPES, instituição que me apoiou financeiramente.

Às colegas do Curso de Pós-Graduação, Adriana, Regina e Anália, por terem percorrido ao meu lado parte deste caminho.

Agradeço ainda à Mariângela Quarentei, pelas importantes sugestões e orientações e à Marli, terapeuta ocupacional do Hospital Dia da Faculdade de Ciências Médicas de Botucatu - UNESP, pela sua disponibilidade em receber-me.

À Vânia, Neise e aos amigos, que compartilharam comigo as mais diferentes experiências.



SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO	1
2. RECORTES HISTÓRICOS SOBRE A SAÚDE MENTAL E A TERAPIA OCUPACIONAL	6
2.1 O uso de atividades e as primeiras instituições psiquiátricas.....	8
2.2 Sobre a assistência psiquiátrica brasileira.....	11
2.3 As décadas de 60 e 70.....	15
2.4 Da década de 80 aos dias atuais.....	19
3. O PERCURSO	26
3.1 Aspectos de um percurso.....	27
3.2 Considerações importantes.....	30
3.2.1 Sobre a terapia ocupacional psicodinâmica.....	30
3.2.2 Sobre o entendimento do grupo.....	32
4. UMA BREVE DESCRIÇÃO DO CAPS INTEGRAÇÃO	35
4.1 Alguns aspectos da saúde mental no município de Campinas.....	36
4.2 O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Integração.....	42
4.2.1 A composição da equipe técnica.....	43
4.2.2 A procura de um espaço físico e de algumas definições.....	47
4.2.3 O desenvolvimento de programas de atendimento.....	50
4.2.4 Algumas características da população atendida.....	53
4.2.5 Dinâmica de funcionamento.....	61
5. O GRUPO OBSERVADO	64
5.1 Síntese das histórias de vida dos pacientes do GTO.....	68
5.2 Fragmentos das observações do GTO.....	78
5.2.1 Fragmentos relativos à realização da atividade.....	79
5.2.2 Fragmentos relativos ao clima emocional do GTO.....	102
5.2.3 Fragmentos relativos ao contexto dos atendimentos do GTO.....	113
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
7. SUMMARY	126
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.1 - Equipe técnica proposta no projeto do Centro de Atenção Psicossocial, em 1991	44
Tabela 4.2 - Equipe técnica do CAPS Integração, em janeiro de 1993	45
Tabela 4.3 - Equipe técnica do CAPS Integração, em dezembro de 1994.....	46
Tabela 4.4 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com a hipótese diagnóstica (período de abril de 1993 a dezembro de 1994).....	60

LISTA DE QUADROS

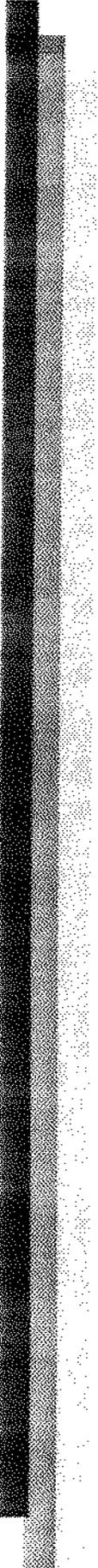
Quadro 4.1 - Programação de atividades do CAPS Integração	52-53
---	-------

LISTA DE FIGURAS

Figura 4.1 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com o sexo (período de abril de 1993 a dezembro de 1994)	55
Figura 4.2 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com o grupo etário (período de abril de 1993 a dezembro de 1994).....	56
Figura 4.3 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com o nível de escolaridade (período de abril de 1993 a dezembro de 1994)	57
Figura 4.4 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com a ocupação (período de abril de 1993 a dezembro de 1994).....	58
Figura 4.5 - Fontes de encaminhamento de pacientes inseridos no CAPS Integração, no período de abril de 1993 a dezembro de 1994	61
Figura 5.1 - Atividade de colagem realizada por paciente do GTO (recorte de revista colado sobre papel sulfite).....	81
Figura 5.2 - Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis preto sobre papel jornal).....	86
Figura 5.3 - Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (giz de cera sobre papel sulfite)	91
Figura 5.4 - Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis de cor sobre papel jornal)	92
Figura 5.5 - Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis de cor sobre papel jornal)	93
Figura 5.6 - Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis de cor sobre papel sulfite).....	94
Figura 5.7 - Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis preto sobre papel jornal)	100

RESUMO

A presente dissertação se propõe a discorrer sobre a terapia ocupacional, a partir de uma abordagem psicodinâmica, considerando o contexto de atendimento a um grupo de pacientes psicóticos num Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas. Inicialmente, buscou-se resgatar alguns aspectos históricos relativos à saúde mental e à terapia ocupacional. Destacou-se o percurso utilizado para trabalhar com o material clínico, obtido a partir de observações sistemáticas do atendimento terapêutico ocupacional junto a um grupo de pacientes psicóticos. Em seguida, procurou-se caracterizar o Centro de Atenção Psicossocial Integração, enfocando a equipe técnica, o espaço físico, a dinâmica de funcionamento e as atividades assistenciais desenvolvidas. Posteriormente, ressaltaram-se alguns fragmentos do material clínico, para estudo da dinâmica de funcionamento do grupo. Por fim, na busca de uma contribuição ao estudo da atuação da terapia ocupacional na área de saúde mental, elaboraram-se algumas reflexões e considerações referentes aos pressupostos teóricos utilizados para trabalhar com o grupo estudado.



1. INTRODUÇÃO

As contradições e o desejo lançaram-me nesta estrada.

Sou terapeuta ocupacional há 10 anos e desde então trabalho na área da saúde mental.

Iniciei minha atuação profissional no Complexo Hospitalar do Juqueri - Franco da Rocha, em 1985. Trago ainda comigo imagens e impressões dessa experiência. Recém formada, deparava-me com um contexto sequer verificado em livros, pois saíamos da Universidade, quando muito, preparados para o atendimento de alguns poucos casos de consultório. Os conhecimentos referentes às políticas de Saúde em seus aspectos mais intrínsecos (ideológicos, sociais e burocráticos) eram insatisfatórios.

Inserida no Complexo Hospitalar do Juqueri, chamavam-me a atenção os aspectos relacionados à estrutura institucional psiquiátrica, à sua dinâmica de funcionamento, às práticas assistenciais desenvolvidas e, posteriormente, às diretrizes e políticas de saúde mental.

No Juqueri, um cheiro impregnava a parede, os bancos e as mesas, infestava todo o ambiente, tomava conta do ar. Não era bom nem ruim, não cabia nessa classificação. Era apenas o cheiro que caracterizava o almoço dos pacientes. Um cheiro que vinha acompanhado de uma falta de esperança, de um descaso quase que total, de um anonimato e de uma discriminação.

Além do ar, o cheiro tomava conta dos dias e das noites, dia após dia.

Os pacientes estavam ali há vinte, trinta ou quarenta anos, sabe-se lá?

A idéia de exclusão e segregação persistia e era clara. Os pacientes ficavam excluídos e afastados da comunidade e da família, perdiam suas identidades. Inicialmente ganhavam uma roupa, igual à de todos os outros internos, um número que os identificava e, finalmente, acabavam por perder sua privacidade.

Ainda naquele contexto, mas já com a certeza da necessidade de mudanças e de novas buscas, iniciei meus contatos com algumas teorias que abordavam os aspectos psicodinâmicos do indivíduo. Foram momentos ricos tanto do ponto de vista pessoal como profissional. A complexidade dos temas e a intensidade das experiências levaram-me ao início de um processo de análise pessoal.

A idéia e necessidade de uma nova identidade profissional iam se constituindo e ganhando forma. Era necessário, num certo sentido, abandonar a visão restrita e reducionista que muitas vezes se assume num trabalho de terapia ocupacional. A idéia de ocupar os pacientes com atividades, tirando-os do pátio era profundamente insatisfatória, vazia e fria. Não condizia com as minhas demandas; muito menos com as deles. Acreditávamos numa relação interpessoal, pois constatávamos através de pequenos gestos as possibilidades do vínculo. Era necessário que essa nova identidade permitisse um entendimento psicodinâmico do indivíduo e que encaminhasse o olhar para além do muro, nos fazendo enxergar, ainda que parcialmente, os dinamismos grupais que muito determinam a vida ali instituída.

Após três anos, com todas essas inquietações e reflexões, assumi paralelamente a atividade de docência no curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Ministrava a disciplina "Prática Terapêutica Supervisionada" para alunos do 4º ano do curso de Terapia Ocupacional, envolvendo a atividade docente-assistencial. Dessa forma, passei a coordenar o Programa de saúde mental desenvolvido no Ambulatório Geral de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Estava diante da complexa função de ensinar. Digo complexa, porque ao mesmo tempo em que me iniciava na função de ensino, tomava consciência que ela envolvia no mínimo uma delicada construção: a relação professor-aluno, e só através desta construção poderíamos efetivamente crescer.

Além disto, estava diante não mais do paciente psicótico crônico institucionalizado há 30 anos, mas sim do paciente que percorria a *via crucis* dos serviços de saúde destinados ao tratamento do doente mental, incluindo aquele ambulatório.

A atividade docente-assistencial passou a exigir dedicação integral, o que corroborou com meu desligamento do Juqueri. Dediquei-me a projetos de capacitação e passei a freqüentar cursos de especialização. O primeiro deles, em Terapia Ocupacional Psiquiátrica do convênio: Centro de Estudos do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina e Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, e o segundo, em Saúde Mental Infantil, na UNICAMP.

As dúvidas novamente emergiam: Que serviços de saúde são esses? Que assistência é essa? Como o terapeuta ocupacional desenvolve seu trabalho num ambulatório de saúde mental? Como desenvolve seu trabalho num centro de saúde ou num hospital psiquiátrico? De que maneira trabalha com grupos? Como utiliza seu recurso terapêutico - a atividade?

Penso que essas questões que formulo, fruto de algumas reflexões, permeiam não só a minha prática, mas também as de outros terapeutas ocupacionais preocupados em desenvolver uma assistência criteriosa, qualificada e fundamentada teoricamente.

Desejei então aprofundar-me nesses estudos e a trajetória até aqui exposta teria apenas a função de facilitar a compreensão de alguns dos elementos que compuseram e contribuíram na elaboração desse trabalho de dissertação.

Dentro dessa perspectiva, neste estudo tenho por objetivos:

- descrever o Centro de Atenção Psicossocial Integração com a finalidade de contextualizar o grupo de atendimento terapêutico ocupacional - GTO - a ser estudado;
- discorrer sobre a vivência da terapia ocupacional psicodinâmica no atendimento de um grupo de pacientes psicóticos em um serviço público de saúde do município de Campinas, no caso o CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Integração;
- ilustrar e comentar, por meio de fragmentos, alguns aspectos relativos à realização da atividade, ao clima emocional e ao contexto dos atendimentos em terapia ocupacional de um grupo de pacientes psicóticos.

Para atender os objetivos descritos acima, dividi o trabalho em seis capítulos. Neste primeiro capítulo, resgatei alguns aspectos de minha trajetória profissional, delimittei a problemática a ser abordada nesta dissertação e descrevi os objetivos do trabalho.

No segundo capítulo - Recortes históricos sobre a saúde mental e a terapia ocupacional - procurarei abordar, de maneira introdutória, o contexto da saúde mental e da

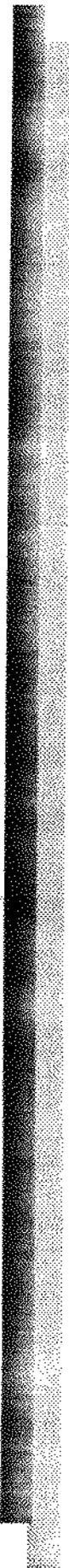
terapia ocupacional. Resgatarei alguns aspectos históricos que determinaram transformações no contexto da saúde mental.

No terceiro capítulo - O percurso - abordarei o método utilizado para o desenvolvimento desta dissertação.

No quarto capítulo - Uma breve descrição do CAPS Integração - centrarei a minha atenção em aspectos referentes às mais recentes políticas de saúde mental implantadas no município de Campinas, que culminaram com a construção de um sistema hierarquizado, descentralizado e regionalizado, que incluiu, dentre outros serviços, os Centros de Atenção Psicossocial. Procurarei descrever o CAPS Integração considerando a equipe técnica, a dinâmica de funcionamento e as propostas de atendimento.

Em seguida, no quinto capítulo - Fragmentos da observação de um grupo - procurarei analisar e discutir alguns momentos da experiência observada, de acordo com o objetivo proposto de ilustrar e comentar a dinâmica de funcionamento do GTO.

Finalmente, no sexto capítulo, procurarei formular as considerações finais.



***2. RECORTES HISTÓRICOS
SOBRE A SAÚDE MENTAL E
A TERAPIA OCUPACIONAL***

Os estudos sobre a teoria e a prática da terapia ocupacional em saúde mental no Brasil são ainda escassos. MATTOS (1929), ARRUDA (1962), GONÇALVES (1964), SILVEIRA (1976), CERQUEIRA (1965 e 1984), todos psiquiatras, trataram, em seus trabalhos, temas como laborterapia, ocupação terapêutica e terapia ocupacional.

A partir da segunda metade da década de 80, alguns terapeutas ocupacionais também elaboraram trabalhos nesta área. Ressaltam-se nesse grupo os trabalhos de FRANCISCO (1988), LANCMAN (1988), MAGALHÃES (1989), BARROS (1990), BENETTON (1991) e NASCIMENTO (1991).

Mesmo assim, acredito que para muitos de nós, terapeutas ocupacionais, este se constitui num campo de investigação bastante fértil, razão pela qual fui estimulada a começar este trabalho.

Iniciei esta dissertação com a elaboração de um projeto de pesquisa e, posteriormente, após refletir sobre ele, e com as idéias mais amadurecidas, achei necessário abordar, dentro de uma perspectiva histórica, o contexto da Saúde Mental e da Terapia Ocupacional.

Penso que este caminho histórico e introdutório pode facilitar o entendimento de todo um processo de reformulação que vem ocorrendo na área da saúde mental, especialmente no Brasil nessas duas últimas décadas, e que vem possibilitando a construção de um modelo de atenção que prioriza a assistência extra-hospitalar, em detrimento da assistência hospitalocêntrica.

Neste novo modelo, serviços diversificados de assistência psiquiátrica começam a se estruturar. Busca-se uma nova ótica para tratar o doente mental, onde medidas terapêuticas menos restritivas passam a ser formuladas. Enfatiza-se o trabalho em equipe multidisciplinar e o envolvimento com a comunidade.

É justamente neste novo cenário que parte do objetivo principal desta dissertação está circunscrito.

2.1 O uso de atividades e as primeiras instituições psiquiátricas

Desde os tempos mais remotos e em diferentes formas de organização social, o homem vem procurando compreender e solucionar fenômenos relacionados ao seu sofrimento e à sua dor.

Certamente a questão da loucura parece inserir-se neste contexto de buscas.

ARRUDA (1962) e ALEXANDER & SELESNICK (1964) salientam que já na antigüidade, atividades como a música, fogos, entretenimentos, passeios, etc. eram utilizadas para tratar as doenças. Parecia não haver uma distinção entre o sofrimento psíquico e o físico.

Os comportamentos bizarros, estranhos, fora da norma, destituídos de razão, não pertenciam ao domínio exclusivo da medicina, e sim faziam parte das preocupações de sacerdotes, filósofos, feiticeiros, artistas, políticos entre outros.

A experiência da loucura sempre esteve presente entre nós. NASCIMENTO (1991) comenta em seu trabalho que alguns autores identificam a loucura como doença mental, e esta seria então o resultado natural da ciência. Entretanto, para outro grupo de autores, a loucura viria a ser um fato produzido historicamente. Pertencente a este último grupo FOUCAULT (1978) resgata historicamente os aspectos que concederam à loucura um status de doença mental, e reconstrói as condições que possibilitaram o nascimento da Psiquiatria, o fortalecimento do hospital psiquiátrico enquanto uma estrutura central da assistência e a exclusão do doente mental.

Para FOUCAULT (1975), até meados de século XV, o mundo ocidental absorvia de modo hospitaleiro as experiências de “desrazão”. Em meados do século XVII, foram criados, em toda Europa, estabelecimentos para internação, onde passaram a conviver os pobres, inválidos, mendigos, infratores, desempregados e os insanos. O louco, aquele

que em princípio vivia livremente sua “experiência de desrazão”, vai paulatinamente sendo excluído.

“Estas casas não tem vocação médica alguma; não se é admitido para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve mais fazer parte da sociedade. O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica, não põe em questão as relações de loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos”. (FOUCAULT, 1975).

No final do século XVIII, gradativamente os estabelecimentos de internação vão se transformando em locais exclusivos de internação para loucos, e passam a adquirir um sentido de caráter médico.

Essa transformação se deu mediante um ambiente impregnado pelas idéias da Revolução Francesa e do Iluminismo. O poder burguês se consolidava, estabelecendo-se uma nova ordem social.

Naquele período, Pinel na França, Reil na Alemanha, Tuke na Inglaterra e Chiarugi na Itália, desencadearam um movimento de reforma psiquiátrica. A partir desse movimento, a loucura ficou a cargo de profissionais especializados, os estabelecimentos de internação passaram a ser entendidos como um meio terapêutico, e instaurava-se uma prática hospitalar denominada pelos alienistas de tratamento moral.

No tratamento moral, os estabelecimentos de internação tornavam-se instrumentos terapêuticos, através da implantação de um sistema global de intervenção, que enfocava prioritariamente aspectos de caráter moral, normativo e disciplinador. (NASCIMENTO, 1991).

O isolamento, o espaço organizado, a distribuição e emprego do tempo, o controle, a repressão, eram dispositivos que comandavam o modo de vida do doente mental e se justificavam em nome da medicina mental. (NASCIMENTO, 1991).

Tanto para BIRMAN (1978), como para MACHADO et al (1978), a eficácia terapêutica do hospício no tratamento moral baseava-se na capacidade que esse estabe-

lecimento oferecia para controlar os comportamentos inadequados apresentados pelo doente.

"(...) quando a medicina, com o nascimento da psiquiatria inicia um controle do louco, ela cria o hospício, ou hospital psiquiátrico, como um espaço próprio para dar conta de sua especificidade; institui a utilização ordenada e controlada do tempo, que deve ser empregado sobretudo no trabalho, desde o século XIX considerado o meio terapêutico fundamental; monta um esquema de vigilância total que se não está inscrito na organização espacial, se baseia na "pirâmide de olhares", formada por médicos, enfermeiros, serventes; extrai da própria prática os ensinamentos capazes de aprimorar seu exercício terapêutico (...)" (MACHADO, 1985).

No decorrer do século XIX, o hospício se consolidou enquanto um espaço destinado ao isolamento e à cura do alienado. Os psiquiatras europeus dedicaram-se sistematicamente a aprofundar seus estudos na classificação das doenças mentais e na elaboração de uma nosografia psiquiátrica. (KIRSCHBAUM, 1994)

Como procurei salientar anteriormente, tem-se que a idéia de utilização de atividades como forma de tratamento não é nova, entretanto verifica-se que foi com o tratamento moral que a atividade passou a ser parte integrante da terapêutica.

No tratamento moral, de acordo com BIRMAN (1978), as atividades agrícolas eram destinadas aos doentes mentais mais confusos e descontrolados. Esta seria uma maneira de impor-lhes a realização de tarefas simples. Já para doentes em recuperação, atribuíam-se atividades que envolvessem operações e tarefas mais complexas como marcenaria, serralha entre outras.

Com relação à terapia ocupacional, somente anos mais tarde, no início do século XX, que em alguns países desenvolvidos como Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos, a atividade passa a ser um instrumento de trabalho de uma profissão específica da área da saúde. Dessa forma, aos poucos, a terapia ocupacional vai se constituindo.

"Há indicações de que entre 1911 e 1915 foram realizados programas de terapia ocupacional para inválidos no Massachusetts General Hospital. Os programas eram realizados por enfermeiros e artesãos, sob a supervisão do Dr. William Rusch

Dunton que teria publicado um livro denominado Occupational Therapy, A manual for Nurses.” (MAGALHÃES, 1989).

Nos Estados Unidos, entre 1910 e 1929, os acontecimentos políticos, sociais e econômicos decorrentes da 1ª Guerra Mundial levaram ao começo formal da terapia ocupacional. Esta prática de saúde expandiu-se nas décadas seguintes.

“A criação desta profissão, no início do século XX nos Estados Unidos foi decorrente da divisão social do trabalho médico, num momento histórico em que coexistiam e disputavam entre si, diferentes correntes e modelos teóricos assistenciais na área da saúde em geral e também na área da saúde mental, em particular. Nesta época uma “certa retomada” do tratamento moral na prática psiquiátrica e mesmo em outras áreas da clínica médica fez com que se arregimentassem e especializassem pessoas para atuarem desta forma, mas com um instrumental próprio - as atividades - possibilitando, assim, a formalização e a oficialização desta categoria profissional”. (MEDEIROS, 1994).

2.2 Sobre a assistência psiquiátrica brasileira

No Brasil não existiam instituições específicas para tratar os loucos, até as três primeiras décadas do século XIX. (KIRSCHBAUM, 1994)

A partir de então, a loucura e o louco passaram a se constituir objetos da prática médica.

Em sua análise, RESENDE (1990) salienta que houveram semelhanças entre os processos ocorridos na Europa nos séculos XVI, XVII e XVIII e no Brasil, no século XIX, no que se refere à emergência do louco e da loucura como problema social. Entretanto, enfatiza que, no Brasil, esse processo caracterizou-se com especificidades decorrentes do contexto econômico e social do país, no período colonial.

Segundo RESENDE (1990), as primeiras instituições psiquiátricas brasileiras surgiram também com uma única função: a segregação dos desviantes. Esse desviante

ameaçava a ordem e a paz social, e, portanto, devia ser excluído. O doente mental viria a ser uma vítima ou a consequência das relações de trabalho do Estado escravista.

Pode-se dizer que a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, foi um marco para a psiquiatria brasileira. Até o final daquele século, muitos hospitais psiquiátricos foram construídos em diferentes cidades brasileiras como Olinda, Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Belém, entre outras.

Dois anos após a inauguração do Hospício Pedro II, o então diretor, Dr. Manoel José Barbosa, instalava as oficinas de sapataria, alfaiataria e marcenaria, planejadas de acordo com as idéias de Pinel e destinadas à ocupação dos internos.

Também no Brasil, a utilização da atividade se deu através da influência do tratamento moral e sua aplicação foi observada com os internos dos primeiros hospitais psiquiátricos.

A idéia básica consistia em tratar o paciente através do trabalho agrícola. Estando o paciente recuperado, ele seria devolvido à comunidade.

Influenciado pelas idéias de Pinel e do tratamento moral, Franco da Rocha inaugura no final do século, em 1898, no Estado de São Paulo, o Hospital do Juquerí.

“Ahi, no asylo central, recolhem-se os doentes recentemente admitidos, para os quaes se supõe sempre a possibilidade de cura... Quando se apresentam indícios de incurabilidade, passam os enfermos para o caput-mortuum do asylo... Para elles a apparencia de liberdade, associada ao trabalho moderado e proveitoso, nas colonias agricolas, é a benção da civilização”. (ROCHA, 1912).

De acordo com ROCHA (1912), ao se inaugurar a primeira colônia agrícola, deu-se início à organização de diversas atividades: plantação de pomar, criação de vacas de leite, de porcos, plantação de verduras, entre outras.

Pode-se dizer que as atividades desenvolvidas eram quase que exclusivamente rurais.

Para RESENDE (1990), naquele momento da assistência psiquiátrica brasileira, o desviante deveria ser excluído como na fase anterior, porém, a instituição incorporava a

idéia de reeducá-lo para o trabalho e pelo trabalho. Esse desviante era, sobretudo, o indivíduo que não mais se adaptava às novas exigências da sociedade, que se urbanizava de modo acelerado, em função do capitalismo emergente.

Assim, a exemplo do Hospital do Juqueri, já no final do século XIX e início do século XX, vários estados brasileiros foram construindo instituições psiquiátricas agrícolas para prestar assistência aos doentes mentais.

Instituiu-se a terapêutica pelo trabalho e, desta forma, a laborterapia e a ergoterapia vão se caracterizar, nas primeiras décadas deste século, pelo uso terapêutico da ocupação.

A partir da década de 30, a concepção organicista da doença mental foi se tornando dominante no contexto da psiquiatria brasileira e a ocupação terapêutica vinculada ao tratamento moral, tão valorizada inicialmente, foi deixada de lado.

O doente mental passa a ser objeto de estudos clínicos e cirúrgicos.

Intensificaram-se os estudos sobre anatomia, histologia, patologia, neurologia. Buscava-se uma psiquiatria objetiva, sistematizada e científica.

O que se observava nas instituições psiquiátricas é que elas continuavam a manter sua função social de exclusão e segregação. A população de internos aumentava. Os métodos terapêuticos que agora se baseavam no choque de insulina, no eletrochoque, nas cirurgias do cérebro, e, mais tarde, nos anos 50, nos neurolépticos, não eram suficientes para reverter a problemática do doente mental. O hospício era a estrutura central da assistência psiquiátrica brasileira.

Uma experiência pioneira foi introduzida no Estado de Pernambuco, em 1931, por Ulisses Pernambucano. Baseava-se na criação de um sistema organizado e diversificado de serviços, com perspectiva de assistência extra-hospitalar. Essa proposta não se fortaleceu, vindo a sucumbir com o Estado Novo.

No final da década de 30, em grande parte dos hospitais psiquiátricos acelera-se o processo de decadência. O Estado Novo imprime mudanças na ordem política e econômica, que acabam por reduzir as verbas do setor, acarretando a superlotação e a precariedade de condições de vida do interno.

Nas décadas seguintes, a situação tornava-se caótica. Os hospitais psiquiátricos abrigavam doentes muito além de suas capacidades de internação. O Hospital do Juque-ri, por exemplo, que inicialmente destinava-se a abrigar 800 pacientes, estava, no final dos anos 50, abrigando aproximadamente 17.000 doentes.

Contrapondo-se a este modelo médico psiquiátrico dominante, e sem aceitá-lo passivamente, é que a Dra. Nise da Silveira retoma a idéia de tratamento através da ocupação, fundando em 1946 a seção de Terapêutica Ocupacional, no Centro Psiquiátrico do Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Pouco tempo depois, passou a constatar o valor das atividades expressivas, no que se refere às manifestações do mundo interno do doente mental.

“Creio que a psiquiatria atual atravessa um dos períodos mais sofridos e triste de sua história, que não é de modo nenhum muito amena. A antiguidade conta coisas terríveis dos tratamentos dados aos loucos, aqueles que haviam perdido a razão. Eles eram batidos com varas (...) É muito curioso esse fenômeno de procurar trazer o indivíduo à razão pela violência (...) Não adotei o eletrochoque, nem tão pouco o coma insulínico. Enveredei por um outro caminho, pelo caminho muito modesto da terapêutica ocupacional (...) Mas essa terapêutica, como a entendia, era bastante diferente daquela praticada correntemente, que visava antes de tudo produtividade em benefício da economia hospitalar. A terapêutica ocupacional que procurei adotar era de atividades expressivas que pudessem dizer algo sobre o interior do indivíduo, e ao mesmo tempo falar das relações deste com o meio.” (SILVEIRA, 1987).

O trabalho desenvolvido pela Dra. Nise da Silveira viria apontar para algumas modificações no enfoque dado até então à terapia ocupacional. As ocupações terapêuticas eram aplicadas aos pacientes - incluindo-se os pacientes agudos - por funcionários e sob a supervisão médica.

Segundo SOARES (1987), a abordagem da Dra. Nise, tanto do psicótico quanto da atividade, foi marginalizada durante décadas no meio psiquiátrico tradicional e somente na década de 80 passou a ser mais conhecida no meio terapêutico ocupacional.

A assistência psiquiátrica brasileira parecia estar hermética às experiências transformadoras e o modelo psiquiátrico era hegemônico.

O tratamento ocupacional passava por processos de descontinuidade, estando submetido às concepções psiquiátricas dominantes de cada momento histórico, que ora o valorizavam, ora não.

2.3 As décadas de 60 e 70

A precariedade e a miséria se intensificaram a partir de 1964 na maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros. Em parte, este cenário se deu pela própria história da psiquiatria no Brasil e, em parte, foi decorrência das políticas de saúde da época.

Neste período, o setor saúde caracterizava-se a partir de um modelo estatista e privatizante. Funcionava de tal forma que toda prática médica que não fosse liberal, tornava-se previdenciária, através de convênios com INPS - Instituto Nacional de Previdência Social¹. O Estado, por sua vez, ao prestar serviços de assistência à saúde, através de clínicas e hospitais particulares, privatiza-se. O objetivo principal desse processo era a universalização da assistência médica, em benefício das empresas privadas.

Para SOARES (1987), o INPS, o MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social², e o PPA - Plano de Pronta Ação³ - foram elementos decisivos nesse processo de centralização. Promoveu-se um rápido crescimento das empresas de saúde, possibilitando situações onde os atos médicos eram realizados desnecessariamente ou eram cobrados sem serem realizados.

¹ INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, surgido em 1966, a partir da unificação dos IAP'S. Os IAP'S - Instituto de Aposentadorias e Pensões foram criados no governo de Vargas - 1930, a partir da incorporação das unidades de âmbito estadual, montadas nos anos 20 - as Caixas de Aposentadorias e Pensões.

² MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974, no governo Geisel e composto pelo INPS, IPASE, SASSE, LBA, FUNABEM e CEME.

³ PPA - Plano de Pronta Ação, estabelecido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974. Possibilitou a expansão do convênio entre empresa de médio e grande porte com as empresas de saúde.

Em 1977, as atividades médico-assistenciais foram centralizadas no INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Este passou a sustentar grande parte do setor privado de saúde por meio de serviços contratados ou conveniados, tornando-se um “poderoso aparelho burocrático”.

Os reflexos dessa política de saúde na área de saúde mental foram de tal modo que: *“O período de 65 a 70 foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada. Neste período, enquanto a população internada dos hospitais públicos permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965, para 30.000 ao final do período. O movimento de internações seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da empresa hospitalar, que em 1965 internou 35.000 pessoas e em 70, 90.000”* (RESENDE, 1990).

Segundo RESENDE (1990), nos primeiros anos de 70, observou-se um movimento no sentido de dar maior prioridade à psiquiatria. Propostas e ações concretas foram tomadas pelo Ministério da Saúde e até pelo próprio INPS, e este passou a exercer um maior controle sobre o tempo de permanência dos doentes nos hospitais. Nos ambulatórios empenhou-se em limitar os encaminhamentos para internação. Parecia haver uma tendência no Ministério da Saúde para se evitar a hospitalização, condenando-se assim o macro-hospital.

Nesse período a economia se aquece, reduz-se a ociosidade na indústria e aponta-se para escassez de mão-de-obra; isso parece não ser uma simples coincidência, segundo análise de RESENDE (1990).

Uma série de experiências regionalizadas (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo) começam a acontecer. Buscam-se modelos voltados para a não-hospitalização.

Em 1974, o período de cinco anos de relativa prioridade dado à psiquiatria começa a declinar. A assistência ao doente mental perde a importância e assume-se novamente a postura de exclusão.

A psiquiatria brasileira parece não receber significativamente as influências dos movimentos e das diferentes experiências em saúde mental realizados após a 2ª Guerra

Mundial em outros países como Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália. Em seu trabalho, PITTA-HOISEL (1984) descreve com bastante propriedade o processo de reforma psiquiátrica ocorrido na Inglaterra, a partir da comunidade terapêutica; na França, com o movimento de Psicoterapia Institucional e posteriormente com a introdução da idéia de setor⁴; nos Estados Unidos a proposta de atuação comunitária à enfermidade mental e na Itália o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana.

Apenas alguns psiquiatras parecem interessar-se em modelos assistenciais diferentes dos tradicionais.

Nesse sentido, as contribuições de CERQUEIRA (1984) foram inestimáveis. Ele sempre denunciou o modelo hospitalocêntrico como causador da cronificação, apontando sua ineficiência e suas deformações administrativas. Quando assumiu a Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, em 1973, concretizou algumas de suas propostas. Estabeleceu convênios com diversas faculdades de medicina da capital e do interior para prestação de assistência psiquiátrica à população e formação de recursos humanos; estruturou na capital a Unidade de Emergência Psiquiátrica, que posteriormente foi fechada; discutiu intensivamente as diretrizes para a saúde mental dentro de um modelo extra-hospitalar; apontou para a necessidade de formação de recursos humanos, para a estruturação de equipes multidisciplinares - nelas incluindo o terapeuta ocupacional - e para a necessidade de pesquisa e prevenção na área da saúde mental.

Se para a psiquiatria brasileira as contribuições do Dr. Luis Cerqueira foram inestimáveis, para a terapia ocupacional também o foram. Utilizava os termos praxiterapia e terapia ocupacional como sinônimos. Entretanto achava por bem diferenciá-los do conceito de reabilitação - fase final de um programa terapêutico. Acreditava que a terapia ocupacional era um meio e não um fim, assim como um tratamento do doente e não da doença.

⁴ SETOR - "... consiste numa medida política-administrativa que visa essencialmente "dividir" o manicômio numa série de unidades de internação para indivíduos que habitam uma região geográfica, com uma média de 70.000 habitantes. A partir daí vão se construindo nesses territórios, estruturas psiquiátricas externas" (PITTA-HOISEL, 1984).

De acordo com NASCIMENTO (1991), Luís Cerqueira foi um dos primeiros psiquiatras a difundir propostas de modernização da assistência psiquiátrica, defendendo a criação de serviços extra-hospitalares e a flexibilização das estruturas do hospital psiquiátrico tradicional. Entretanto, sua intensa luta por transformações deparou-se constantemente com resistências que refletiam o conservadorismo da mentalidade psiquiátrica e o poder da iniciativa privada, o que limitou a incorporação de suas propostas à política de saúde mental brasileira.

Com relação à terapia ocupacional, na década de 60 já contávamos com os primeiros profissionais formados no Brasil.

Os cursos de formação iniciaram-se a partir da estruturação da ABBR - Associação Brasileira Beneficente, no Rio de Janeiro, em 1956 e do Instituto de Reabilitação da USP, em 1957, sofrendo fortes influências do modelo norte-americano voltado para reabilitação profissional.

Em 1969, através do Decreto-Lei nº 938, o general Arthur da Costa e Silva vem reconhecer os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas como profissionais de nível superior e tornar exclusiva a execução de métodos e técnicas das duas categorias.

Na década de 70, a rede de ensino superior, especialmente a particular, expande-se e novos cursos de terapia ocupacional foram criados.

O processo de constituição da terapia ocupacional no Brasil, considerando-se suas especialidades e especificidades, foi abordado por SOARES (1987).

No que concerne à terapia ocupacional na área da saúde mental, em meados da década de 70, alguns terapeutas ocupacionais brasileiros vão incorporar conceitos psicodinâmicos na análise e aplicação terapêutica da atividade.

“... Maria José Benetton dedica-se, desde a década de 70, ao desenvolvimento de uma prática em Terapia Ocupacional que supere as abordagens clássicas-repressivas da psiquiatria. ...Estuda e divulga as obras dos introdutores da abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional, os americanos Azima & Azima e Fidler & Fidler, aprofunda-se no referencial psicanalítico e no estudo das atividades, principalmente artísticas, nos seus aspectos técnicos e simbólicos...”. (NASCIMENTO, 1991).

Desta forma, de uma concepção laborterápica, que relacionava a atividade terapêutica à ocupação-trabalho, a terapia ocupacional avança no sentido de atribuir à atividade a possibilidade de comunicação e expressão, e passa a enfatizar a relação interpessoal (terapeuta-paciente), sendo estes então os elementos fundamentais da terapêutica.

2.4 Da década de 80 aos dias atuais

Na década de 80, o movimento pelas “diretas já”, em certo sentido refletiu a organização de diferentes grupos sociais e a necessidade de mudanças. A sociedade civil participa das primeiras eleições diretas para governadores, após um período de vinte anos de ditadura militar.

Os movimentos sociais começaram a se fortalecer e a ganhar expressão em meados da década de 70. A conjuntura política, social e econômica fez emergir gradativamente um movimento de profissionais e pessoas vinculadas à área da Saúde, preocupados com a transformação do setor.

O tema central das discussões e reflexões desse grupo relacionava-se, diretamente, com a luta pela reforma sanitária e pela redemocratização do país.

Após as eleições diretas para governadores, alguns Estados, como São Paulo, começam a elaborar propostas de transformação na área da Saúde.

Especificamente na área da saúde mental, elaboram-se propostas de assistência extra-hospitalar.

Em 1983, a coordenadoria de saúde mental foi assumida por Marcos Pacheco de Toledo Ferraz, defendendo prioridades previamente discutidas por um grupo de técnicos que elaboraram a proposta de saúde mental do então governo de Franco Montoro.

Eram, a saber:

- implantar ações de saúde mental em centros de saúde com uma equipe mínima composta por psicólogo, psiquiatra e assistente social - **atenção primária**;
- ampliar a rede ambulatorial - **atenção secundária**;
- recuperar os leitos próprios - **atenção terciária**;
- promover regionalização, hierarquização e integração dos serviços.

“A estratégia de se implementar preferencialmente serviços extra-hospitalares obedece a recomendações técnicas atuais, além de significar uma medida econômica no sentido restrito dos custos operacionais de sua implantação, e infinitamente mais econômica se considerarmos o ganho social da parcela dos doentes civilmente marginalizados que por sua falta de estruturas alternativas de atendimento tem na hospitalização psiquiátrica de longa duração, a única resposta a suas dificuldades.” (FERRAZ, 1985).

Na proposta de saúde mental que se consolidava no governo Montoro, via-se a ampliação dos centros de saúde e ambulatórios, além da recuperação dos leitos dos hospitais públicos psiquiátricos, o desenvolvimento de pronto socorros psiquiátricos e unidades de enfermagem.

Essa proposta foi elaborada a partir da realização de um diagnóstico da situação da rede hospitalar e extra-hospitalar.

Segundo PITTA-HOISEL (1984), no Estado de São Paulo, a atenção psiquiátrica privilegiava o setor hospitalar, sendo que a população hospitalar constituía-se basicamente de pacientes crônicos. Para esta autora, embora o setor hospitalar venha sendo privilegiado, isso não se refletiu de maneira significativa numa maior eficácia e eficiência desse sistema.

Com relação à rede extra-hospitalar, *“temos que falar de uma absoluta penúria, sem estarmos desolados de todo!!”*. (PITTA-HOISEL, 1984).

Ainda conforme PITTA-HOISEL (1984), na rede extra-hospitalar, constatava-se a existência de dezoito ambulatórios (onze na Grande São Paulo e sete no interior do

Estado), quarenta e seis centros de saúde (dezenove na Grande São Paulo e vinte e cinco no interior) e o INAMPS contava com onze espaços institucionais onde se oferecia assistência psiquiátrica ambulatorial (quatro na Grande São Paulo e sete no interior). Um dos aspectos diagnosticados referia-se aos recursos humanos. Embora houvesse nos ambulatórios a presença de diversas categorias (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais), não se efetivava o trabalho em equipe multiprofissional, faltava uma proposta de trabalho que contemplasse as contribuições específicas dos diferentes profissionais.

Em 1983, a Coordenadoria de Saúde Mental elaborou um documento que seria a "Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de saúde mental". A terapia ocupacional era definida "*como um método de tratamento que tem como instrumento fundamental de trabalho a atividade terapêutica com objetivos e orientação específicos. Através da dinâmica que se estabelece na relação da triade terapeuta-paciente-atividade e da conseqüente compreensão da linguagem da ação a Terapia Ocupacional previne e trata, integrando socialmente indivíduos com perturbações físicas, mentais e/ou sociais pela utilização de capacidades remanescentes (...)* A proposta básica de Terapia Ocupacional é a melhoria da qualidade de vida, através do uso terapêutico das relações interpessoais de trabalho e lazer. Procura utilizar-se de atividades para possibilitar uma forma de comunicação não verbal, cabendo ao terapeuta compreendê-las e trabalhá-las dinamicamente na relação com o cliente. De acordo com a proposta geral do ambulatório de saúde mental a ênfase deverá recair no atendimento grupal." (SÃO PAULO, 1983).

Para PITTA-HOISEL (1984), este viria a ser o primeiro documento publicado, contendo uma proposta técnica com perspectiva de mudança da atenção psiquiátrica vigente.

Com a gradativa implantação dessas propostas, aumentou-se o número de profissionais terapeutas ocupacionais, assim como outros técnicos, que passaram a integrar equipes nos ambulatórios e nos hospitais psiquiátricos.

No final de 1984 e início de 1985, o Estado contratou trinta terapeutas ocupacionais, sendo dezenove para o Juqueri e onze para os ambulatórios.

A contratação de terapeutas ocupacionais em hospitais psiquiátricos públicos não era algo original. Afinal, pode-se dizer que, até então, a prática do terapeuta ocupacional estava relacionada à manutenção da internação.

Já com relação às contratações dos onze terapeutas ocupacionais para integrar as equipes dos ambulatórios, pode-se dizer que este sim era um fato novo. Os terapeutas ocupacionais estavam agora diante de um outro tipo de exigência - a formulação de formas diferenciadas de intervenção.

O documento elaborado pela Coordenadoria de Saúde Mental (PROPOSTA, 1983), descrito anteriormente neste trabalho, traçava algumas diretrizes nesse sentido.

Penso que essa proposta, elaborada pela Coordenadoria de Saúde Mental, pautava-se numa abordagem psicodinâmica de Terapia Ocupacional.

Segundo CONFERÊNCIA (1987), na segunda metade da década de 80, precisamente em março de 1986, realizou-se em Brasília a VIII CNS - Conferência Nacional de Saúde, onde ocorreu um amplo debate sobre as questões de saúde. Concentraram-se aproximadamente quatro mil pessoas, não só dos setores técnicos interessados na área, mas inclusive os representantes de movimentos populares e sindicais. Muitas das diretrizes discutidas no CEBES⁵ foram retomadas e aprofundadas naquela ocasião. Após a VIII CNS e decorrente dela, criou-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária que tinha por objetivo formalizar o projeto de Reforma Sanitária. Para a comissão, esse projeto tinha como meta a criação de um sistema único de saúde que respeitasse os princípios de: universalidade, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização dos serviços, continuidade da atenção, inter-institucionalidade, inter-setorialidade e controle social do sistema.

Acreditava-se que as estratégias para implantação dessa reforma contemplariam:

⁵ CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, criado em 1976, por um movimento de profissionais da Saúde engajados com uma proposta de transformação da Saúde - luta pela reforma sanitária e pela redemocratização do país.

- a consolidação das AIS - Ações Integradas de Saúde⁶, e,
- a criação do SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde⁷.

A implantação dessas estratégias envolvendo o processo de descentralização se oficializa em julho de 1987 com o Decreto nº 94.657, onde o governo de José Sarney estabelece a criação do SUDS. Com essa resolução, ampliam-se as responsabilidades sanitárias e a autonomia dos Estados e Municípios.

No ano seguinte, 1988, alguns dos avanços decorrentes do movimento de reforma sanitária refletiram-se diretamente no texto constitucional.

O passo seguinte, após a promulgação da nova constituição, seria no sentido da elaboração pelo poder legislativo do conjunto de leis ordinárias e complementares que detalhariam e garantiriam o cumprimento das questões aprovadas na constituição.

Do mesmo modo, deveria iniciar-se a elaboração das constituições estaduais e das leis orgânicas dos municípios, que ao serem formuladas poderiam assegurar o processo de reforma sanitária.

Sem dúvida, o processo de ampliação do poder das secretarias municipais de saúde iniciou-se com as AIS, manteve-se com o SUDS e acabou por se consolidar com a lei que regulamentou o SUS, em 1990.

Ao nível municipal, observou-se que a elaboração das leis orgânicas estava muitas vezes condicionada aos interesses de grupos políticos ou econômicos, o que sem dúvida contribuiu para um afastamento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, discutidos pelos grupos progressistas por ocasião da VIII CNS e da Constituinte.

⁶ AIS - Ações Integradas de Saúde - o programa de Ações Integradas de Saúde foi instituído em 1983, através de uma ação conjunta dos poderes públicos (Federal, Estadual e Municipal). Esse programa possibilitava à população previdenciária o direito de ser atendida também nos Centros de Saúde, Ambulatórios, Hospitais das redes públicas estadual e municipal. Além disso, os recursos financeiros poderiam ser repassados pelo INAMPS à Secretaria Estadual de Saúde.

⁷ SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - *“Os convênios do SUDS significaram um aumento expressivo de recursos orçamentários para o setor Saúde ao nível municipal, pois, além do repasse de recursos financeiros para o custeio dos serviços de saúde ao nível estadual, havia o pagamento por produção de atividades e a possibilidade de aplicação de recursos para expansão da rede municipal dos serviços de saúde”* (TANAKA, 1991).

Em "A reforma da reforma - repensando a saúde", CAMPOS (1992) analisa o processo de descentralização instituído no Brasil em 1987 (com a criação do SUDS e posteriormente SUS) e conclui ser este um processo ambíguo e incompleto. Consta que a dependência financeira existente entre o poder local e os governos de Estados e União é um fator que limita o processo de descentralização, já que os municípios não possuem recursos suficientes para executar os serviços que lhes cabem.

Na área da saúde mental, os movimentos mais progressistas de profissionais apontavam intensivamente para um modelo de atenção que remetesse à desinstitucionalização e, em junho de 1987, organizou-se a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que foi um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde.

De acordo com o Relatório Final da I Conferência de Saúde Mental (CONFERÊNCIA, 1988), naquela ocasião os participantes discutiram e refletiram em torno de três temas básicos, a saber:

- Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre Saúde e Doença Mental;
- Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental;
- Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Propostas referentes a esses três temas foram elaboradas. Especificamente com relação ao modelo assistencial, adotaram-se princípios no sentido de reverter a tendência hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica, priorizando-se o sistema extra-hospitalar e multiprofissional de assistência ao paciente.

No final de década de 80, por ocasião das eleições municipais (de 1988), foi possível que em alguns municípios do Estado de São Paulo (Santos, Campinas e São Paulo) fossem elaboradas propostas de atenção à saúde mental, onde efetivamente procurou-se estabelecer uma nova ordem para se lidar com a loucura e com os loucos, vinculando-se, dessa forma, as diretrizes discutidas e elaboradas na I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em setembro de 1990, foi inaugurado o primeiro Núcleo de Atenção Psico-Social - NAPS, no município de Santos.

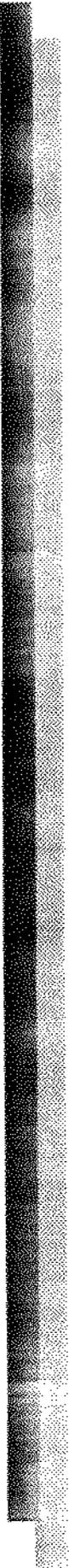
Para NICÁCIO (1994), os Núcleos de Atenção Psico-Social - NAPS representam a base do novo sistema de saúde mental e sua construção implica numa busca de novos saberes, relações e práticas.

No início da década de 90, a Secretaria de Saúde do município de São Paulo realizou concurso público para contratação de duzentos e trinta e dois terapeutas ocupacionais, para trabalhar nos diversos equipamentos (serviços) de saúde mental. Foi o primeiro concurso público no país com um número significativo de vagas para os terapeutas ocupacionais.

Desse movimento que vem buscando a transformação na saúde mental, emergiu a possibilidade de mudança na Legislação Psiquiátrica em vigor, estando em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3657-B (BRASIL, 1990), de autoria do Deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios, e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação compulsória.

Cabe ressaltar que a legislação psiquiátrica brasileira em vigor data de 1934, quando foi editada através do Decreto-Lei nº 24.559. De acordo com LANCMAN (1991), a legislação psiquiátrica brasileira se assemelha às leis da França de 1838, e está centrada no isolamento dos psicopatas ou indivíduos suspeitos, em instituições fechadas, no caso os manicômios. Legalmente, há o seqüestro de indivíduos, e subsequente cassação dos seus direitos civis, ficando os indivíduos submetidos à tutela do Estado.

Sem dúvida, o Projeto de Lei nº 3657-B (BRASIL, 1990) vem abordar uma temática extremamente polêmica, que se relaciona com a questão da desinstitucionalização dos pacientes portadores de doença mental e do resgate da cidadania. Por isso mesmo, encontra oposição de vários setores da sociedade, que vêem seus interesses econômicos, políticos e ideológicos ameaçados.



3. 0 PERCURSO

3.1 Aspectos de um percurso

O interesse em descrever e aprofundar o entendimento sobre a atuação da terapia ocupacional junto a um grupo de pacientes psicóticos do CAPS Integração, no município de Campinas, levou-me a refletir sobre quais os caminhos a percorrer e de que maneira fazê-los. Em outras palavras, deparava-me com questões relevantes, referentes ao método.

A busca desse caminho foi para mim um desafio, pois as dúvidas não eram poucas e, de maneira geral, relacionavam-se com o objeto a ser estudado nesta dissertação. Considerando o objeto e os objetivos propostos neste trabalho, pensava:

- como investigar um objeto, no caso um grupo, se este se reveste de uma multiplicidade de aspectos e relações?
- como investigar fenômenos humanos, que são tão dinâmicos e que envolvem tantas variáveis?
- como investigar uma determinada prática em saúde - a Terapia Ocupacional - que está inserida num contexto específico e se relaciona com aspectos políticos, históricos, sociais do CAPS Integração?
- quais os aspectos relevantes a serem descritos desse centro e de que forma abordá-los?
- como trabalhar cientificamente com informações e dados de observação clínica?

Confesso que, num primeiro momento, quando esse emaranhado de dúvidas tomavam conta de meus pensamentos, tive um certo ímpeto de alterar a trajetória desta pesquisa. Talvez fosse mais tranquilo trabalhar com variáveis mais definidas e desenvolver um projeto de pesquisa tomando como referência as ciências empírico-formais, onde teríamos, como uma das possibilidades metodológicas, o método experimental. Entre-

tanto, esta trajetória não condizia com meus desejos, nem com o objeto a ser investigado, e tampouco com os objetivos propostos.

Segundo CARVALHO (1992), o objeto a ser investigado numa pesquisa é o que deve comandar a escolha do método. Ora, pensando dessa forma, o objeto a ser investigado nesta dissertação relacionava-se intrinsecamente com fenômenos humanos, ocorridos num contexto de atendimento grupal e institucional.

Passado este primeiro momento, pude aquietar-me. Passei, então, a direcionar minha atenção à experiência clínica, enquanto terapeuta ocupacional, e aos objetivos deste trabalho, que diziam respeito à descrição do atendimento da Terapia Ocupacional a um grupo de pacientes psicóticos do CAPS Integração.

O contato com os trabalhos de PITTA-HOISEL (1984), DIAS (1985), ARRUDA (1989, 1991), NASCIMENTO (1991), CARVALHO (1992), fizeram com que as dúvidas iniciais ganhassem uma certa direção. Pude verificar, com a leitura desses autores, as diversas possibilidades no emprego de métodos qualitativos e na elaboração de trabalhos descritivos.

O trabalho de CARVALHO (1992) de um modo especial chamou-me a atenção para a viabilidade metodológica de se contemplar conjuntamente tanto aspectos da instituição como da clínica. De certo modo, percebia-se uma semelhança de propósitos entre o trabalho daquela autora e este.

Naquela ocasião, iniciei a elaboração do capítulo II. Entendia que uma visão panorâmica era necessária, pois facilitaria ao leitor se introduzir e se situar na temática que propunha abordar.

Procurei na elaboração desse capítulo estabelecer uma “certa reconstituição” do contexto da saúde mental e da Terapia Ocupacional. Fiz referência a uma “certa reconstituição”, já que os dados por mim descritos naquele capítulo revelavam um jeito particular de olhar para a história. Foi assim que pude recortar fatos históricos que julguei serem significativos.

Procurando entender o significado do verbo recortar, encontrei-o em HOLLANDA (1986) como:

1. *cortar formando, (figuras) ...*
2. *separar, cortando ...*
3. *talhar ou cortar de novo, reduzindo ...*
4. *intervalar, entremear, entressachar ...*
5. *mostrar-se imitando desenhos recortados.*

Penso que estas definições expressam com mais precisão o termo “certa reconstituição”, que utilizei anteriormente, dando um significado mais adequado à minha ação.

Diante dos esboços do segundo capítulo, dediquei-me intensamente à realização do trabalho de campo e à leitura.

O trabalho de campo foi realizado em duas fases. A primeira fase relacionou-se à observação do atendimento terapêutico ocupacional de um grupo de pacientes psicóticos. A segunda fase relacionou-se à coleta de dados sobre o CAPS Integração. Esses dados foram coletados a partir de:

- documentos sobre as atuais políticas e diretrizes de saúde mental do município de Campinas
- documentos do próprio serviço como: prontuários de pacientes, livro-ata, relatórios da coordenadora do serviço, etc.
- contatos com funcionários e membros da equipe técnica daquele serviço.

Nesta nova etapa de realização do trabalho, já estavam mais claros alguns referenciais teóricos, assim como o método a ser utilizado.

Constatava que os fenômenos por mim observados e descritos aproximavam-se mais dos paradigmas das ciências humanas ou hermenêuticas, bem como seus métodos de pesquisa.

A leitura de LADRIÈRE (1977) e REZENDE (1987) certificava-me de que todo o material coletado, fruto das observações clínicas, também poderiam ser trabalhados dentro de um rigor científico. Isso deveria se dar na medida em que entendia que o critério de cientificidade das ciências humanas não está exclusivamente na racionalidade, própria das ciências formais, nem na realidade, própria das ciências empírico-formais,

mas inclui o confronto das interpretações, a criticidade, a busca de um consenso, conforme os autores citados acima me faziam entender.

Desta forma, o método clínico foi o caminho que adotei para trabalhar com a descrição dos fenômenos observados junto ao grupo a ser estudado.

“Utilizado entre outras ciências pela psicologia e pela psicanálise, o método clínico possibilita a observação, a avaliação, a compreensão e a descrição dos fenômenos humanos. É o que permite, de uma forma mais aproximada, o contato com a subjetividade que permeia os fenômenos interrelacionais humanos.” (CARVALHO, 1992).

Além disso, no método clínico, *“os caminhos a serem, por nós, percorridos originam-se na prática clínica, são nos ditados pelas próprias atividades clínico-assistenciais e pelas bases teóricas fundamentadoras e decorrentes desta prática, apoiam-se na criticidade e no modelo interpretativo das ciências humanas e visam a compreensão, a conexão de sentidos e a elaboração de conhecimentos...”* (ARRUDA, 1991).

3.2 Considerações importantes

Penso também ser apropriado discorrer sobre alguns referenciais teóricos utilizados para trabalhar com o material coletado no campo, tanto no que diz respeito à terapia ocupacional, como aos aspectos relacionados ao entendimento de grupo.

3.2.1 Sobre a terapia ocupacional psicodinâmica

A discussão sobre os diferentes referenciais teóricos que fundamentam a terapia ocupacional enquanto um campo de conhecimento e uma prática clínica é bastante polêmica. Na maioria das vezes, emprestamos conhecimentos de outras áreas e disciplinas.

Sem dúvida, isto pode ser atribuído a uma série de fatores que vão desde o perfil da profissão até aspectos relacionados diretamente a nossa formação profissional.

Mesmo estando consciente desta situação, acabei por dirigir meu interesse a uma dada abordagem em terapia ocupacional - a psicodinâmica.

Antes de me aprofundar nesta abordagem, retomarei a definição de terapia ocupacional descrita no capítulo II.

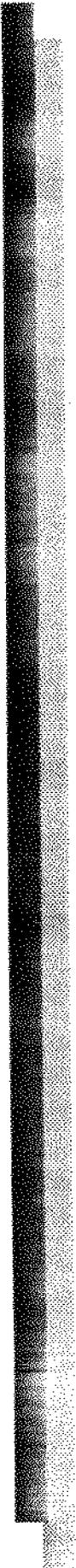
A terapia ocupacional é *"um método de tratamento que tem como instrumento fundamental de trabalho a atividade terapêutica com objetivos e orientação específicos. Através da dinâmica que se estabelece na tríade terapeuta-paciente-atividade, e da conseqüente compreensão da linguagem da ação, a Terapia Ocupacional previne e trata, integrando socialmente indivíduos com perturbações físicas, mentais e/ou sociais ..."* (DOCUMENTO, 1984).

Partindo desta definição, gostaria de considerar dois aspectos e abordá-los do ponto de vista de autores que discutem a terapia ocupacional a partir de uma abordagem psicodinâmica:

- a atividade;
- dinâmica que se estabelece na relação terapeuta-paciente-atividade.

Segundo NASCIMENTO (1991), os americanos AZIMA & AZIMA e FIDLER & FIDLER foram os precursores da abordagem psicodinâmica em Terapia Ocupacional, utilizando-se fundamentalmente da teoria freudiana do desenvolvimento psíquico.

Para FIDLER & FIDLER (1963), a atividade é uma forma de comunicação e pode expressar sentimentos, atitudes e idealizações, podendo ser de considerável valor no processo psicoterapêutico e no entendimento do mundo interno do paciente. Além disso, a atividade contém um significado simbólico previamente estabelecido por seus elementos. Desta forma, torna-se importante que se estabeleça a análise da atividade, considerando os movimentos, os procedimentos, o material, equipamentos etc para sua realização.



**4. *UMA BREVE DESCRIÇÃO
DO CAPS INTEGRAÇÃO***

Para BENETTON (1991), a terapia ocupacional é um processo de comunicação através da tríade terapeuta-paciente-atividade. A atividade é utilizada enquanto uma possibilidade de comunicação.

“Essa forma de comunicação deve levar em conta além do que podemos perceber da história e da simbologia, alguma indicação dada pelo próprio paciente sobre o significado de tal atividade. Sem contar a história, a associação ou mesmo a demonstração de sentimentos creio que tal atividade e sua representação simbólica deverão ficar “guardadas” para um trabalho posterior.” (BENETTON, 1991)

Segundo esta autora, ainda, a relação da tríade terapeuta-paciente-atividade possui uma dinâmica que compõe um campo “transicional” no qual: as atividades possibilitam a manutenção com a realidade externa, na medida em que ampliam o campo da consciência já que propiciam o autoconhecimento; além disso, a manipulação de materiais e atividades, assim como a relação com o terapeuta podem ser vistos como facilitadores de verdadeiras relações objetais.

“Então, além de significados simbólicos, as atividades e até o próprio terapeuta são usados pelo paciente como fenômenos afetivos, ora fazendo parte da realidade externa, ora da realidade interna. Esta ocorrência dinâmica é que pode permitir ao terapeuta perceber o aparecimento de fenômenos transferenciais, projetivos e simbióticos.” (BENETTON, 1991).

3.2.2 Sobre o entendimento do grupo

Existem na literatura inúmeras definições de grupo.

O termo “grupo” pode designar conceituações dispersas, no entanto procurarei ater-me na acepção de grupo com finalidade terapêutica e de base analítica.

Especificamente, e de acordo com ZIMMERMANN (1971), refiro-me a uma orientação que focaliza o grupo como um todo, e este possui uma estrutura dinâmica própria, sendo diferente da soma de seus componentes.

BION (1970) muito contribuiu ao estudo de grupo, trazendo elementos significativos das teorias de Freud e Melanie Klein. Ressaltou aspectos importantes do grupo enquanto uma totalidade. Referiu-se ao fato de que todos os grupos apresentavam um clima emocional não consciente, resultante de tensões que se desenvolviam na situação grupal e foram definidos de pressupostos básicos (dependência, luta e fuga, acasalamento).

BION (1970) verificou em suas experiências que é a partir da dinâmica e das situações vividas pelo grupo que emergirá um líder. A atmosfera emocional subjacente ao funcionamento do grupo irá delinear o andamento do mesmo.

Com muita frequência, os terapeutas ocupacionais que desenvolvem sua prática clínica nas mais diversas áreas, utilizam-se da forma de atendimento grupal, entretanto este procedimento, em muitos casos, não é utilizado enquanto um recurso terapêutico. Além disso, são inúmeros os referenciais teóricos utilizados pelos terapeutas ocupacionais na compreensão dos grupos.

A seguir, comento como alguns autores de terapia ocupacional trabalham com grupos.

Para MAXIMINO (1995), as ferramentas teóricas que a terapia ocupacional utiliza para construir um conhecimento sobre grupos são “emprestadas”, “compartilhadas”, e, às vezes, devem ser adaptadas. Para essa autora, o grupo deve funcionar como um recurso terapêutico, pois é entendido, fundamentalmente, como um espaço potencial e como uma caixa de ressonância. Enquanto espaço potencial, o grupo de atividades deve propiciar um ambiente confiável para que o paciente arrisque, de maneira gradual, estabelecer relações e usar objetos, sendo estimulado à experimentação. Enquanto caixa de ressonância, o grupo pode funcionar ampliando as possibilidades de intervenção, pois as intervenções dirigidas a um paciente podem atingir o grupo como um todo.

Segundo FIDLER & FIDLER (1963), o terapeuta ocupacional é um líder do grupo, possuindo responsabilidade com relação ao desenvolvimento do clima emocional do grupo. O grupo deve ser suficientemente confortável e livre de pressões, para atingir o objetivo, que é possibilitar ao paciente a expressão de sentimentos e a obtenção de gratificação. Os pacientes devem aprender a se relacionar com a situação de grupo.

Inicialmente, o paciente deve conhecer o suficiente a respeito dos outros membros do grupo, assim como o propósito do estar juntos.

Em MACDONALD et al (1972), os autores referem-se ao grupo como um meio de encorajar o relacionamento e indicam diversos tipos de atividades. De modo geral, são prescritas atividades recreativas, sociais, físicas e relacionadas ao trabalho. A indicação de uma atividade deve levar em consideração o tipo de grupo a que se destina. Assim, por exemplo, para um grupo de esquizofrênicos, são contra-indicadas as atividades expressivas não dirigidas, como pintura, pois reforçam a fantasia.

Ainda segundo esses autores, o grupo não é entendido como um recurso terapêutico específico. Os autores fazem uma classificação do tipo de grupo que deve ser proposto, conforme os sintomas e patologias específicos apresentados pelos pacientes. Desta forma, no caso de pacientes histéricos é importante agrupá-los com pacientes que possam aceitar os sintomas histéricos de forma natural, sem que estes se convertam no centro de atenção e simpatia do grupo.

BENETTON (1991) indica dois tipos de dinâmica grupal ligadas diretamente ao uso de atividade. O primeiro - "grupo de atividades" - cada paciente faz sua atividade e mantém com o terapeuta uma relação individual. O segundo - "atividade grupal" - os pacientes fazem uma atividade conjunta e o terapeuta pode manter o grupo nessa relação de trabalho conjunto.

4.1 Alguns aspectos da saúde mental no município de Campinas

O município de Campinas vem se definindo nas últimas décadas como um importante centro de desenvolvimento econômico, científico, político e cultural.

Conforme MEDEIROS (1994), o processo de urbanização da cidade se deu de maneira acelerada e em decorrência da acumulação de capital proveniente inicialmente da cafeicultura e posteriormente da industrialização que gradativamente se intensificou, culminando na década de 70, com instauração de indústrias pesadas e de alta tecnologia. Todo esse processo acabou contribuindo para a diminuição da oferta de moradias, transportes, escolas e equipamentos da saúde, evidenciando uma piora do nível de qualidade de vida, sobretudo da população periférica.

SEMEGHINI (1991) estuda pormenorizadamente o processo de urbanização da cidade de Campinas e suas conseqüências econômicas e sociais.

Segundo este autor, Campinas teve um papel central na gestão do complexo cafeeiro capitalista e na formação da burguesia paulista, tendo poder de influenciar a política tanto no império como na primeira República. Depois de 1930, Campinas manteve-se como um dos mais importantes centros urbanos e regionais do estado, tendo superado a crise cafeeira de 1929 e estabelecido um novo padrão de acumulação, possibilitando boas qualidades de vida para a população. As funções urbanas e industriais passariam ao primeiro plano na vida da cidade. Entretanto, nos anos 50, o avanço na industrialização pesada faz emergir um novo padrão de expansão urbana, este sim vai possibilitar uma progressiva degeneração do nível de qualidade de vida da maioria dos habitantes da cidade.

Com relação à área de Saúde, RESTITUTTI (1993) salienta que o município configurou-se como um polo de assistência médica da região, sendo os setores estatal e privado expressivos, tanto no que se refere à assistência médica como na reorganização do sistema local de Saúde.

De fato, conforme demonstra SEMEGHINI (1991), ao analisar alguns indicadores da qualidade de vida como: condição habitacional, saneamento básico, transporte e

educação, todos apresentaram-se deteriorados quando comparados a períodos que antecederam as décadas de 70 e 80. No entanto, as condições de saúde, também um dos indicadores da qualidade de vida, ao contrário dos demais, apresentaram alguns sinais de melhora.

Ainda segundo RESTITUTTI (1993), Campinas foi uma das primeiras cidades a criar uma rede básica de Saúde, baseada no modelo de medicina comunitária e de atenção primária em Saúde. Foi um dos primeiros municípios a aderir ao Programa de Ações Integradas de Saúde - AIS (1984), ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS (1987), e, mais recentemente, vem se organizando frente às diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (1990).

Especificamente com relação à saúde mental, observou-se que, durante as últimas décadas, o município de Campinas apresentou a mesma tendência verificada em outros municípios e Estados brasileiros, ou seja, a maioria dos atendimentos eram realizados por hospitais psiquiátricos da rede privada, que canalizavam grande parte da demanda para uma assistência voltada à internação.

Como ressaltai no segundo capítulo, este fato, em parte, pode ser atribuído às políticas de Saúde implementadas no país na década de 70, onde o setor Saúde passou a se caracterizar a partir de um modelo estatista-privatizante.

Para MEDEIROS (1994), foi somente em 1982 que algumas propostas de transformação na área de saúde mental começaram a ser elaboradas na região de Campinas. Tais propostas tinham como perspectiva a municipalização dos serviços existentes e relacionavam-se ao projeto "Pró-Assistência".

Até 1982, os serviços destinados ao atendimento em saúde mental distribuíam-se no município de Campinas da seguinte maneira:

- hospitais psiquiátricos do setor privado, sendo eles Bierrembach de Castro, Vale da Alvorada, Clínica Santa Isabel e Tibiriçá;
- leitos em hospitais universitários (PUCCAMP e UNICAMP) vinculados ao setor público;

- Hospital Dr. Cândido Ferreira, de caráter filantrópico;
- Clinicamp - ambulatório, ligado ao setor privado;
- UPC - Unidade Psiquiátrica de Campinas, do setor privado

Na segunda metade da década de 80, ao se considerarem dados obtidos pela CIMS - Comissão Intermunicipal de Saúde, verifica-se que as propostas de municipalização dos serviços de Saúde não provocaram mudanças significativas no quadro de assistência à saúde mental.

Segundo documento da CIMS (CAMPINAS, 1987) " (...) a proporção de verbas para serviços ambulatoriais e leitos hospitalares é altamente favorável ao último. Da verba do INAMPS aplicada em saúde mental, 96% são para leitos hospitalares, e na Secretaria de Estado da Saúde, 91,2% da verba para saúde mental tem o mesmo fim. (...) Os serviços hospitalares, constituídos por hospitais conveniados, com a S.E.S e com o INAMPS, oferecem aproximadamente 1,3 leitos/1000 habitantes (para um preconizado de 0,5 leitos/1000 habitantes), com taxa de ocupação próxima de 100%. (...) Aproximadamente 60% da população internada em hospitais está composta por pacientes com quadros crônicos. Destes, a quase totalidade está compreendida entre os diagnósticos de alcoolismo crônico, psicoses e oligofrenia com distúrbios de conduta. (...) As instituições e unidades que oferecem serviços na área sofrem de um profundo isolamento programático e de troca de experiências, não havendo portanto um mínimo de compatibilização entre as ações ambulatoriais e hospitalares, além de outras distorções, em termos de hierarquização, regionalização e complementariedade programática."

Com as eleições municipais de 1988, a nova administração, que há alguns anos dedicava-se à elaboração de propostas na área da saúde, apresentou o Plano Diretor ao convênio SUDS. De modo geral, as propostas contidas nesse plano previam a recuperação, otimização, ampliação e adequação da assistência à saúde.

Na área da saúde mental, alguns aspectos começam a ser revistos. Em março de 1989, realizou-se em Campinas o I Seminário de Saúde Mental, que teve por objetivo a

discussão e a elaboração das principais diretrizes para a estruturação de um novo modelo assistencial.

Este seminário foi organizado por iniciativa dos profissionais dos serviços de saúde mental e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Efetou-se, na ocasião, um diagnóstico dos serviços de saúde mental e constatou-se que o panorama mantinha-se relativamente estável, ou seja, a ênfase dada à saúde mental ainda priorizava as internações psiquiátricas, a maioria dos atendimentos psiquiátricos baseava-se no uso de medicação e mais de 50% da população de internos dos hospitais psiquiátricos eram pacientes crônicos.

Discutiu-se ainda naquele seminário o perfil dos profissionais dos ambulatórios e dos centros de saúde, assim como o papel da equipe de saúde mental e os aspectos gerais da relação e interação desses serviços, constatando-se a necessidade de se criar um modelo integrado de atenção.

A partir de então, a política adotada pela Secretaria de Saúde Municipal e pela grande maioria dos trabalhadores de saúde mental objetivava, de maneira geral, um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado, além de um modelo assistencial extra-hospitalar que envolvesse a discussão da loucura, não só com os técnicos de saúde, mas também com a comunidade.

Iniciava-se em Campinas uma trajetória com diretrizes rumo à desospitalização, desinstitucionalização e resgate dos direitos de cidadania dos usuários. Muitos dos subsídios para elaboração dessas diretrizes foram abordados na I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro (CONFERÊNCIA, 1988), na Conferência Regional de Caracas (ORGANIZAÇÃO, 1992), e na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília (CONFERÊNCIA, 1994).

Em 1990 estabeleceu-se um convênio de co-gestão entre a Prefeitura Municipal de Campinas e o mais antigo hospital psiquiátrico de Campinas, localizado no Distrito de Souza.

O Hospício para Dementes Pobres do Arraial de Souza, conhecido como Sanatório Dr. Cândido Ferreira, fora inaugurado em 1919, a partir de concepções que se baseavam no modelo de colônias agrícolas.

Segundo VALENTINI JUNIOR (1993), o sanatório enfrentou, durante a década de 80, graves momentos de crise financeira e econômica. Entretanto, no início da década de 90 o perfil do hospital começa a se modificar.

Frente ao convênio de co-gestão entre a Prefeitura Municipal de Campinas e o Hospital Psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira, concretizavam-se as primeiras alterações na saúde mental do município. O Hospital Dr. Cândido Ferreira passava a ser um serviço de referência para o sistema de saúde mental, devendo contemplar serviços de níveis diferenciados de complexidade.

Pouco a pouco, foram se estruturando o Hospital-Dia - HD, o Núcleo de Oficinas de trabalho do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - NOT, voltado à reabilitação para o trabalho, o Lar Abrigado e, posteriormente, em 1992, iniciou-se a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Aeroporto e Integração.

MEDEIROS (1994), ao analisar a reforma da assistência ao doente mental no município de Campinas, ressalta que as propostas implantadas implicaram em mudanças quantitativas e qualitativas na estrutura profissional de assistência e em mudanças na esfera de conceitos a respeito do entendimento de saúde e doença mental, e de seus tratamentos.

Do ponto de vista da terapia ocupacional, “ *o instrumental teórico-prático — as atividades humanas — foi entendido como elemento essencial na construção e transformação do sujeito e considerado bastante indicado para responder às exigências do momento, ou seja, para contribuir na construção de uma nova proposta assistencial ...*” (MEDEIROS, 1994).

Segundo o I Seminário de Avaliação do Hospital-Dia (SEMINÁRIO, 1991), já no final de 1990, o município contava com dezessete centros de saúde com equipe de saúde mental (psiquiatra e psicólogo).

Referindo-se ao processo de transformação na área da saúde mental do município, RESTITUTTI (1993) salienta que nos últimos cinco anos reduziu-se a oferta dos leitos especializados, com o fechamento de três hospitais psiquiátricos privados e conveniados com o INAMPS, sendo eles o Bierrenbach de Castro, o Vale da Alvorada e o Santa Isabel. Paralelamente, no final de 1986 e início de 1987, foram implantadas as enfermarias nos hospitais universitários da PUCCAMP e UNICAMP, bem como as Unidades de Urgência Psiquiátrica e o Pronto Socorro, respectivamente.

Em 1990, o Ambulatório Regional de Saúde Mental Senador Saraiva foi descentralizado e municipalizado; da mesma forma, o Ambulatório Municipal inseriu-se na Policlínica I, as equipes de profissionais desses dois serviços foram remanejadas para os Centros de Saúde do município. Também foram fechados dois serviços privados: a Clinicamp, em 1988, que oferecia atendimento ambulatorial à população e a UPC - Unidade Psiquiátrica de Campinas, em 1986, que destinava-se aos atendimentos de urgência psiquiátrica.

Em 1993, os serviços de saúde mental oferecidos pelo município de Campinas distribuem-se da seguinte maneira:

- 19 Centros de Saúde, com profissionais de saúde mental;
- Policlínicas I, II e III
- 02 Centros de Atenção Psicossocial
- Serviços Especiais - PST - Programa de Saúde do Trabalhador e AMDA - Ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;
- Serviços universitários - PUC e UNICAMP;
- Central de vagas
- Hospital Dr. Cândido Ferreira
- Hospital Psiquiátrico Tibiriça

4.2 O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Integração

Como já disse anteriormente, o município de Campinas conta com dois Centros de Atenção Psicossocial - CAPS Aeroporto e CAPS Integração.

Ambos foram concebidos a partir das mesmas concepções teóricas e num mesmo momento histórico.

Inicialmente, o projeto do Centro de Atenção Psicossocial, a pedido da Secretaria Municipal de Saúde, foi elaborado por um grupo de profissionais que atuava na área de saúde mental.

Em 1992, o trabalho desse grupo resultou num documento - "Projeto: Centro de Atenção Psicossocial" - onde foram descritos a justificativa, os objetivos, a dinâmica de funcionamento, a capacidade de atendimento, o cronograma de implantação, os recursos humanos e materiais do serviço.

Com relação às diretrizes desse projeto, entendeu-se que: *"O CAPS deverá ser um novo serviço que não sirva como base para a cronicidade dos sujeitos nele inseridos, nem queira apenas "descentralizar para melhor atender", mas sim um serviço que reconheça a possibilidade de lutar contra o inexorável caminho das internações psiquiátricas àqueles que até então não encontraram outros caminhos a percorrerem em suas vidas; um serviço que permita enquanto projeto viabilizar aos cidadãos direito à saúde, lazer, sociabilidade e cultura. (...) o projeto para o Centro de Atenção Psicossocial deve prever na sua concepção a possibilidade de continuar o processo de desinstitucionalização e produção de uma cultura de necessidades e de recursos que propicie práticas e experiências de qualidade de vida para as pessoas que nele interagem"* (FERRÃO et al, 1992).

A partir desse projeto que se inicia, efetivamente, o processo de discussão, implantação e estruturação dos dois Centros de Atenção Psicossocial de Campinas.

Nesta dissertação, o foco das atenções foi centrado no Centro de Atenção Psicossocial Integração, aqui referido, de ora em diante, por CAPS Integração.

O CAPS Integração, diferentemente do CAPS Aeroporto, desde sua implantação e início de funcionamento contou com a atuação de terapeutas ocupacionais. Reside sobretudo neste fato significativo, a minha opção por tal serviço.

Além disso, por ocasião da realização da pesquisa de campo deste trabalho, o serviço de terapia ocupacional do CAPS Aeroporto estava ainda em fase inicial de estruturação, enquanto que no CAPS Integração esse serviço já era realizado há algum tempo. Na medida em que o objetivo principal deste trabalho era justamente observar a atuação dos terapeutas ocupacionais com grupos de pacientes psicóticos num serviço de saúde mental do Município, esta razão passou a ser também relevante.

Para descrever o processo de construção do CAPS Integração, desde seu início até os dias atuais, selecionei cinco elementos. São eles: a composição da equipe técnica, a procura de um espaço físico e algumas definições, o desenvolvimento dos programas de atendimento, as características da população atendida e a dinâmica de funcionamento.

No meu entender, estes são elementos gerais, mas expressam de modo significativo o processo de implantação e estruturação desse serviço. Sei que trata-se da descrição de um processo dinâmico e, portanto, a escolha de um ou outro elemento pode implicar em omissões que dificultam a análise. Entretanto, priorizei aqui uma abordagem mais didática, elegendo elementos que enfocam tanto aspectos funcionais, quanto princípios e diretrizes da instituição.

4.2.1 A composição da equipe técnica

Em dezembro de 1992, num período de transição da administração municipal de Campinas, foram contratados os primeiros profissionais que deveriam compor a equipe técnica e estruturar o CAPS Integração.

De acordo com FERRÃO et al (1992), o projeto inicial do Centro de Atenção Psicossocial previa uma equipe técnica bastante diversificada, envolvendo categorias profissionais que não trabalham habitualmente na área de Saúde, conforme observa-se na tabela 4.1.

Tabela 4.1 - Equipe técnica proposta no projeto do Centro de Atenção Psicossocial, em 1991.

categoria	número de profissionais	dedicação (h/semana)
psiquiatra	03	20
terapeuta ocupacional	03	40
psicólogo	03	40
assistente social	03	40
enfermeiro	02	40
auxiliar de enfermagem	21	(*)
cozinheiro	01	40
auxiliar de cozinha	01	40
artista plástico	01	(**)
músico	01	(**)
teatrólogo	01	(**)
auxiliar administrativo	01	40
faxineiro	02	40
guarda	01	(***)

Notas:

(*) - esquema de plantão

(**) - carga horária a ser definida

(***) - não definido no projeto

Fonte: FERRÃO et al (1992)

Nem todas essas categorias profissionais foram contratadas, como veremos adiante.

Os primeiros técnicos contratados foram orientados para se apresentarem no Centro de Saúde Escola Integração, que mantinha convênio com a Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUCAMP.

Os profissionais do CAPS Integração foram então recebidos pela equipe técnica do Centro de Saúde Escola Integração, com os quais iniciaram o trabalho.

Os contratos de trabalho foram firmados em caráter efetivo para alguns e em caráter temporário, para outros. O regime de trabalho poderia compreender dedicação de vinte, trinta ou quarenta horas semanais. A tabela 4.2 resume alguns dados da equipe técnica, em janeiro de 1993.

Tabela 4.2 - Equipe técnica do CAPS Integração, em janeiro de 1993.

categoria	número de profissionais	dedicação (h/semana)	contrato de trabalho	
			efetivo	temporário
psiquiatra	01	20		X
terapeuta ocupacional	03	40	X	
psicólogo	03	40	X	
pedagogo	01	40		X
atendente de consulta (acompanhante terapêutico)	15	30		X
zelador	02	40		X
guarda	02	60 (*)		X

(*) 12 horas por dia

Fonte: MAMBRINI (1995)

Com relação à categoria dos funcionários contratados como atendentes de consulta, havia todo um movimento para que fossem caracterizados formalmente como acompanhantes terapêuticos, função que se adequava melhor às propostas idealizadas para aquele serviço.

Diante de algumas indefinições quanto ao espaço físico e quanto à concepção e gerenciamento do próprio projeto do CAPS Integração, a equipe técnica recém contratada iniciou um período de estágio de aproximadamente um mês, no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Durante este estágio, os atendentes de consulta vivenciaram pela primeira vez o ambiente de um hospital psiquiátrico e entraram em contato com as questões relacionadas à loucura. Dessa experiência emergiram uma série de dúvidas e questionamentos. Era uma nova demanda e foi constatada a necessidade urgente de trabalhá-la dentro da própria equipe.

De acordo com MAMBRINI (1995), para solucionar essa demanda que envolvia tanto os aspectos teóricos do atendimento de saúde e doença mental, como os aspectos relacionados à formação pessoal, os técnicos universitários organizaram e sistematizaram um treinamento para os atendentes de consulta, que na realidade funcionariam com acompanhantes terapêuticos.

Ainda segundo MAMBRINI (1995), o treinamento dos acompanhantes terapêuticos foi uma etapa significativa na construção do CAPS Integração.

Durante todo o processo de estruturação do CAPS Integração, a equipe técnica vivenciou a adesão e a saída de profissionais, assim como toda a problemática que se relaciona intrinsecamente com a formação e o trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Coexistiam numa mesma equipe diferentes modos de pensar a doença mental, o serviço e as propostas assistenciais. Alguns profissionais enfatizavam em sua atuação uma abordagem psicodinâmica, outros uma abordagem mais social, havendo ainda aqueles que atuavam a partir de uma abordagem organicista.

GOLDBERG (1992) comenta que os conflitos no interior da equipe e as divisões internas são projetadas no atendimento, interferindo em sua qualidade. Assim, para sobrevivência do trabalho multi-disciplinar e dos projetos terapêuticos, estes devem ser dinâmicos, contemplando resoluções coletivas, fundamentadas numa constante reflexão e reavaliação da equipe.

Neste sentido, o trabalho de supervisão de equipe, realizado desde o início da implantação do serviço, possibilitou a reflexão de aspectos básicos do trabalho, tendo sido fundamental na construção do CAPS Integração.

Toda essa reflexão sobre o trabalho multidisciplinar, embora significativa, não é objeto de estudo desta dissertação.

Após um período de aproximadamente dois anos, a equipe técnica do CAPS Integração constituía-se conforme mostra a tabela 4.3.

Tabela 4.3 - Equipe técnica do CAPS Integração, em dezembro de 1994.

categoria	número de profissionais	dedicação (h/semana)	contrato de trabalho	
			efetivo	temporário
psiquiatra	02	20		X
terapeuta ocupacional	01	20	X	
psicólogo	03	40		X
atendente de consulta (acompanhante terapêutico)	07	30		X
enfermeira	01	40		X

Fonte: MAMBRINI (1995)

Ao se considerar a equipe técnica prevista no projeto inicial e a existente no serviço, em dezembro de 1994, constata-se uma importante redução, tanto no número quanto na diversidade de profissionais.

Como podemos verificar com as tabelas 4.1, 4.2 e 4.3, no caso específico da terapia ocupacional, de uma situação idealizada que contemplava 3 profissionais, com dedicação de 40 horas semanais, passou-se em cerca de 2 anos, para outra, com somente 1 terapeuta ocupacional com dedicação de 20 horas semanais. Fato semelhante ocorreu também com outras categorias profissionais como psiquiatra, pedagogo, enfermeiro e atendente de consulta.

Além disso, algumas das categorias previstas inicialmente como teatrólogo, músico, assistente social, cozinheiro, etc. não foram sequer contratadas.

4.2.2 A procura de um espaço físico e de algumas definições

Ao terminar o estágio no serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, a equipe técnica do CAPS Integração procurou dar início ao trabalho, ainda em espaço físico provisório do Centro de Saúde Escola Integração.

Em seguida, a equipe técnica passou a ocupar outro imóvel localizado na Vila Castelo Branco, em Campinas. Este, por sua vez, também se mostrava inadequado para abrigar um Serviço de Atenção à Saúde Mental.

Além da procura por um espaço físico adequado, a equipe técnica esforçava-se para arrecadar recursos materiais. Tanto os materiais permanentes como os materiais básicos de consumo não existiam. Inicialmente, a maioria desses materiais foram doados ou emprestados.

Paralelamente a este trabalho desenvolvido, a equipe técnica do CAPS Integração contava ainda com a participação da equipe técnica do Centro de Saúde Escola Integração, que realizavam reuniões sistemáticas.

Nessas reuniões discutiam-se aspectos teóricos e algumas diretrizes do projeto do Centro de Atenção Psicossocial, além de aspectos administrativos e funcionais do serviço. Eram discutidas questões relacionadas à coordenação do serviço, gerenciamento do CAPS Integração, a relação existente entre o CAPS Integração e a PUCCAMP, entre outras.

A partir de levantamento de dados realizado no livro-ata de reuniões da equipe técnica do CAPS Integração, podia se observar o registro dos encontros entre as equipes técnicas daquele serviço e a equipe técnica da PUCCAMP. Nesses encontros, as equipes buscavam fundamentalmente definir o espaço físico, o gerenciamento e planejamento do serviço e os projetos e planos assistenciais.

No processo de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (Aeroporto e Integração), houve uma inversão de etapas, sendo que inicialmente foram contratados os profissionais, sem que o espaço físico estivesse preparado. Além disso, não havia sido definido previamente o modelo de atuação, as atividades essenciais, as atribuições da equipe, a coordenação do serviço, etc. Nesse sentido, a organização dos Centros de Atenção Psicossocial vem se dando de forma irregular. (RESTITUTTI, 1993)

Naquela ocasião, com a perspectiva de superação das dificuldades referidas anteriormente, uma série de estratégias foram adotadas, no sentido de subsidiar as discussões do projeto e da construção dos CAPS Integração e Aeroporto.

Foram realizados seminários, visitas a serviços similares, palestras com profissionais convidados de outros municípios (São Paulo e Santos), que já atuavam em serviços com propostas de trabalho semelhantes.

Ao descrever o processo de implantação do CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, no município de São Paulo, GOLDBERG (1992) salienta a importância de se construir um serviço com fisionomia própria, sensível a diversas e diferenciadas demandas, onde possam se estabelecer relacionamentos singularizados e onde haja possibilidade de proceder avaliações sistemáticas sobre o próprio trabalho.

Gradativamente, iniciava-se no CAPS Integração o trabalho junto ao paciente. O primeiro passo foi a realização de um levantamento dos pacientes potenciais daquela região e da respectiva área de cobertura.

O CAPS Integração é referência para as áreas de cobertura que compreendem os Centros de Saúde Escola Integração, Vila Perseu, Campos Elíseos, Jardim Ipaussurama, Jardim Florence, Parque Valença e Parque Floresta.

De posse dos dados obtidos a partir desse levantamento, iniciou-se em fevereiro de 1993 o trabalho de triagem.

Paulatinamente, algumas dificuldades relacionadas ao gerenciamento do CAPS Integração vão sendo superadas e a equipe técnica passa a funcionar sem a participação da equipe técnica do Centro de Saúde Escola Integração.

Em abril de 1993, os pacientes triados passam a ser atendidos.

Finalmente, em julho de 1993, um outro imóvel é alugado pela Secretaria Municipal de Saúde, localizado à Rua Francisco Xavier Andrade Nogueira, 476 - Jardim Garcia, onde vem funcionando até os dias atuais. Este novo espaço físico parece estar mais adequado às necessidades do serviço e àquilo que havia sido previsto no projeto Centro de Atenção Psicossocial. Compreende quatro salas para atendimento grupal e individual, áreas externas, um banheiro e uma cozinha.

Em agosto de 1993, o CAPS Integração passa a ser vinculado à Secretaria de Ação Regional Oeste - SAR Oeste⁸.

Segundo CAMPINAS (1994), o modelo de atenção à Saúde do município prevê um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado, sendo que a atenção à saúde mental insere-se neste sistema. Deve ser acessível ao usuário, na unidade próxima à sua casa, contando com equipamentos intermediários, com níveis de complexidade crescentes e diversificados, e com retaguarda de leitos hospitalares para casos agudos.

⁸ SAR Oeste - uma das quatro secretarias regionais do município de Campinas (as outras três são SAR Norte, Sul e Leste) criada a partir da meta de descentralização administrativa do município, proposta pela equipe da administração de Magalhães Teixeira - gestão 93.

Ainda segundo CAMPINAS (1994), incluem-se entre os equipamentos intermediários o Centro de Atenção Psicossocial, Hospital-Dia, Núcleo de Oficinas de Trabalho e o Lar Abrigado, sendo que nos dois primeiros equipamentos citados atribuem-se funções pertinentes.

“Optamos aqui por não diferenciar CAPS e H.D., uma vez que, em essência, em nosso modelo têm funcionamento e objetivos semelhantes, com a ressalva dos CAPS planejarem ter um horário de funcionamento mais extenso, incluindo a noite e os fins de semana e tendo no momento uma inserção na comunidade local mais abrangente que o H.D.” (DOCUMENTO, 1994).

4.2.3 O desenvolvimento de programas de atendimento

De acordo com MAMBRINI (1995), o primeiro programa de atenção intensiva foi estruturado em módulos compostos por vários tipos de atividades. Faziam parte das atividades o grupo de terapia ocupacional, o grupo de verbalização, o grupo de familiares, o grupo de medicação, oficinas (do corpo, imprensa, música e artesanato), assembleias e o espaço de convivência.

Desde o início do serviço, deu-se prioridade às formas de atendimento grupal, tanto com os pacientes como com os familiares.

Os atendimentos individuais também foram previstos para serem realizados na medida em que fossem indispensáveis.

Após dois meses de funcionamento com essa programação, a equipe técnica constatou a necessidade de mudanças. *“Entendeu-se que no lugar das antigas oficinas (imprensa, corpo, música, etc) seria mais indicado que o CAPS Integração oferecesse atividades onde o momento de criar algo, o ato de fazer (produzir), tivesse destaque (...) A essa nova atividade deu-se o nome de atelier (...) Paralelamente aos ateliers, considerou-se importante criar um outro espaço terapêutico onde a produção de cada paciente pudesse estar direcionada não somente à aprendizagem, mas enfocasse a re-*

tomada da capacidade humana de produzir recursos, de forma que essa produção já fosse considerada dentro dos critérios de utilidade, qualidade, e possibilidade de reverter-se em ganhos concretos para o paciente. Assim criou-se o que foi denominado de oficinas de trabalho, com embasamento na experiência anterior dos terapeutas ocupacionais neste tipo de proposta.” (MAMBRINI, 1995).

Elaborou-se o segundo programa de atividades. Nesse novo programa, o paciente ainda era inserido em módulos de atividade pré-estabelecidos, ou seja, o projeto terapêutico de cada paciente era elaborado de acordo com a disponibilidade de horário e atividades do serviço.

Após esse programa, um terceiro foi elaborado, até que, no final de 1993, o trabalho desenvolvido junto aos pacientes ganhava outra forma, segundo MAMBRINI (1995).

Nesse processo de elaboração de sucessivas programações, a equipe técnica acumulou experiências e amadureceu, aos poucos os objetivos do trabalho junto ao paciente estavam mais claros.

Todas essas programações foram sendo implantadas gradativamente e após sucessivas reflexões, discussões e reavaliações.

Desta forma, no segundo semestre de 1994, a programação de atividades do CAPS Integração se caracterizava de acordo com o ilustrado no Quadro 4.1.

De acordo com a programação de atividades do serviço nele descrita, verifica-se que a atuação da terapia ocupacional no CAPS Integração se efetiva de modo a contemplar diferentes objetivos. Tem-se, assim, a realização de trabalhos de terapia ocupacional mais direcionados à ressocialização, como as oficinas de trabalho, e outros mais direcionados a uma intervenção psicoterápica, como é o caso dos grupos de terapia ocupacional.

Considerando os interesses desta pesquisa, a atenção foi dirigida para os grupos de terapia ocupacional, que eram atendidos a partir de uma abordagem psicodinâmica.

Quadro 4.1 - Programação de atividades do CAPS Integração

Tipo de atividade	Proposta da atividade
Grupo de verbalização (GV)	Grupo terapêutico interpretativo, onde a ênfase está em permitir a elaboração das questões trazidas pelo grupo (abordagem psicodinâmica). São realizados diversos grupos de verbalização em diferentes horários e períodos da semana. Esta atividade vem sendo desenvolvida por psicólogos e terapeutas ocupacionais.
Grupo de Terapia Ocupacional (GTO)	O processo terapêutico tem seu princípio de ação no fazer, utilizando-se de atividades expressivas como instrumento. A expressão verbal é complementar na compreensão do material apresentado pelo grupo (abordagem psicodinâmica). São realizados diversos grupos de Terapia Ocupacional, em diferentes períodos e horários da semana. Estes grupos são desenvolvidos tanto por terapeutas ocupacionais, como por psicólogos e médicos.
Grupo de medicação (GM)	Grupo de orientação, que tem como objetivo avaliar a efetividade do tratamento medicamentoso e esclarecer os pacientes acerca de sua relação com a medicação, a eficácia e o ajustamento caso a caso. São desenvolvidos diferentes grupos de medicação. Esta atividade é desenvolvida exclusivamente pelo médico.
Grupo de familiares (GF)	Grupo de orientação aos familiares dos pacientes inseridos no programa. São desenvolvidos diversos grupos, em diferentes horários. Estes grupos são desenvolvidos por qualquer um dos técnicos de nível universitário.
Grupo de trabalho corporal (GTC)	Grupo onde se desenvolvem atividades corporais e exercícios físicos. Acontecem em diferentes horários, sendo coordenados por terapeuta ocupacional.
Oficinas de trabalho	São oferecidas atividades variadas como culinária, artesanato, lavagem de carro. Cada uma delas possui objetivos específicos, além da finalidade de auxiliar o tratamento no aspecto da ressocialização. As atividades produzidas nestas oficinas são vendidas na comunidade. As atividades das oficinas são desenvolvidas pelos pacientes orientados por dois acompanhantes terapêuticos e supervisionadas por terapeuta ocupacional.

Quadro 4.1 - Programação de atividades do CAPS Integração (cont.)

Tipo de atividade	Proposta da atividade
Atelier	Espaço de possibilidades diversas, no que se refere à atividade. Enfatiza-se o momento da criação, o ato de fazer. É um espaço aberto à participação dos pacientes e funciona em diferentes horários e períodos da semana. Os pacientes são orientados por dois acompanhantes terapêuticos e supervisionados por um técnico de nível universitário.
Projeto SER	Espaço de reunião para elaboração de uma atividade escolhida pelo grupo (passeio, cinema etc). Não se utilizam técnicas de psicoterapia. Busca-se a ressocialização. É realizado uma vez por semana, tendo a duração de 4 horas. A reunião é dirigida por um psicólogo ou um psiquiatra. Participam, no máximo, 8 pacientes, além de um acompanhante terapêutico.
Projeto Educação - Alfabetização	Desenvolvido na comunidade, mais precisamente na escola do bairro. Tem por objetivo a atuação em três níveis. O primeiro, de alfabetização, contemplaria os pacientes não alfabetizados. O segundo, denominado resgate da cultura e da escrita, direcionado aos pacientes já alfabetizados, mas que apresentam ainda dificuldades nessa área. O terceiro, direcionado aos pacientes com interesse em continuar os seus estudos. Este projeto é coordenado pela pedagoga, sendo realizado todos os dias, durante duas horas.
Convivência	Espaço livre onde o paciente pode desenvolver atividades não programadas, inclusive o descanso. É um espaço coordenado pelo acompanhante terapêutico.

4.2.4 Algumas características da população atendida

A apresentação dos dados que se seguem tem por objetivo descrever algumas características da população atendida no CAPS Integração. Não se trata de uma pesqui-

sa de epidemiologia psiquiátrica, onde instrumentos padronizados são utilizados; trata-se, sim, de um trabalho descritivo.

Os dados foram coletados a partir de três fontes distintas:

1. o livro de inscrição de pacientes do CAPS Integração, onde constavam dados como idade, endereço, hipótese diagnóstica segundo CID-9, fonte de encaminhamento e prosseguimento do tratamento;
2. prontuários, onde constavam tanto os dados clínicos do paciente como sua avaliação psiquiátrica, e dados da história de vida. A pesquisa nos prontuários foi realizada com o objetivo de coletar dados referentes à escolaridade, ocupação e hipótese diagnóstica;
3. livro de dados para avaliação do CAPS, onde constavam dados referentes ao número de pacientes triados, número de pacientes inseridos, sexo e idade.

Como os registros mostravam-se invariavelmente incompletos, a busca nas três fontes se efetivou no sentido de melhor complementar o conjunto de dados coletados.

Os dados dizem respeito à população efetivamente inserida em algum programa de atividades do CAPS Integração. Dos 128 pacientes triados em 1993, somente 59 foram inseridos no programa de atendimento. No ano de 1994, dos 71 pacientes triados, 48 foram inseridos.

Assim, no período observado neste trabalho (93/94) foram inseridos 107 pacientes em programas de atendimento do CAPS Integração.

Na maioria das vezes, os pacientes não inseridos em programas do CAPS Integração eram reencaminhados para outros serviços de saúde mental do município, mais específicos para o perfil dos pacientes. Em algumas situações, o reencaminhamento era feito para serviços de saúde em outras regiões do município, mais próximas da residência dos pacientes.

A adesão dos pacientes ao programa de atendimento era bastante variável. Frequentemente, pacientes desistiam do tratamento após algumas sessões, por motivos di-

versos. Outros recebiam alta ou eram reencaminhados para outros serviços de saúde. Por fim, existiam aqueles que persistiam no tratamento.

Ao final de 1994, o CAPS Integração contava com aproximadamente 50 pacientes em atendimento, o que corresponde a uma taxa de cerca de 46% dos pacientes efetivamente inseridos.

Da população inserida, as características fundamentalmente descritas relacionam-se ao sexo, idade, escolaridade, ocupação e diagnóstico segundo CID-9 - Código Internacional de Doenças.

4.2.4.a) Quanto ao sexo

A fig. 4.1 apresenta a distribuição da população inserida no CAPS Integração, quando analisada quanto ao sexo.

Dos pacientes inseridos no programa, observa-se que 57% eram do sexo masculino e 43% do sexo feminino, havendo portanto 14% a mais de homens.

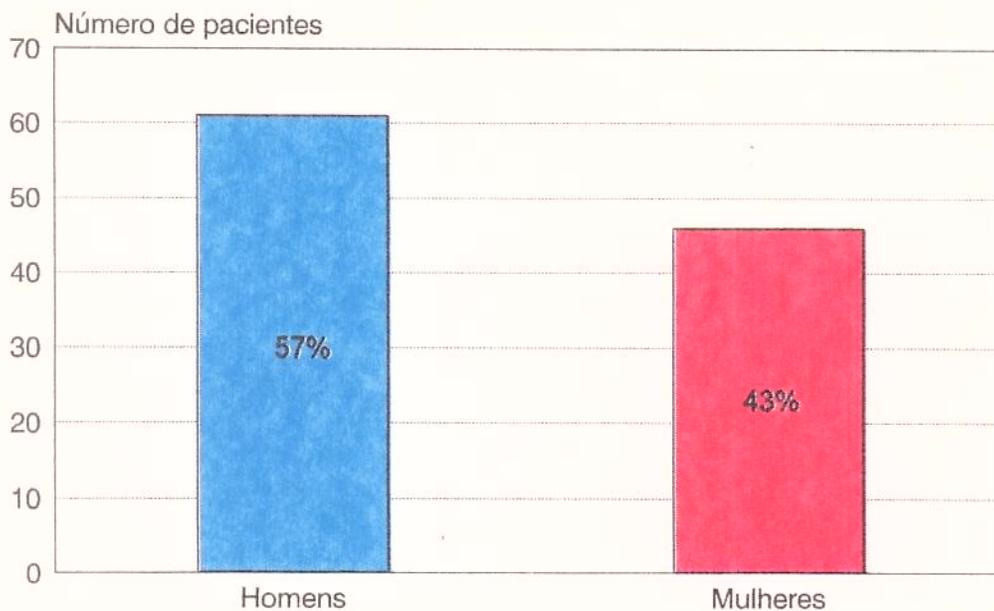


Fig. 4.1 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com o sexo (período de abril de 1993 a dezembro de 1994).

4.2.4.b) Quanto ao grupo etário

A fig. 4.2 apresenta a distribuição da população inserida no CAPS Integração, quando analisada quanto ao grupo etário.

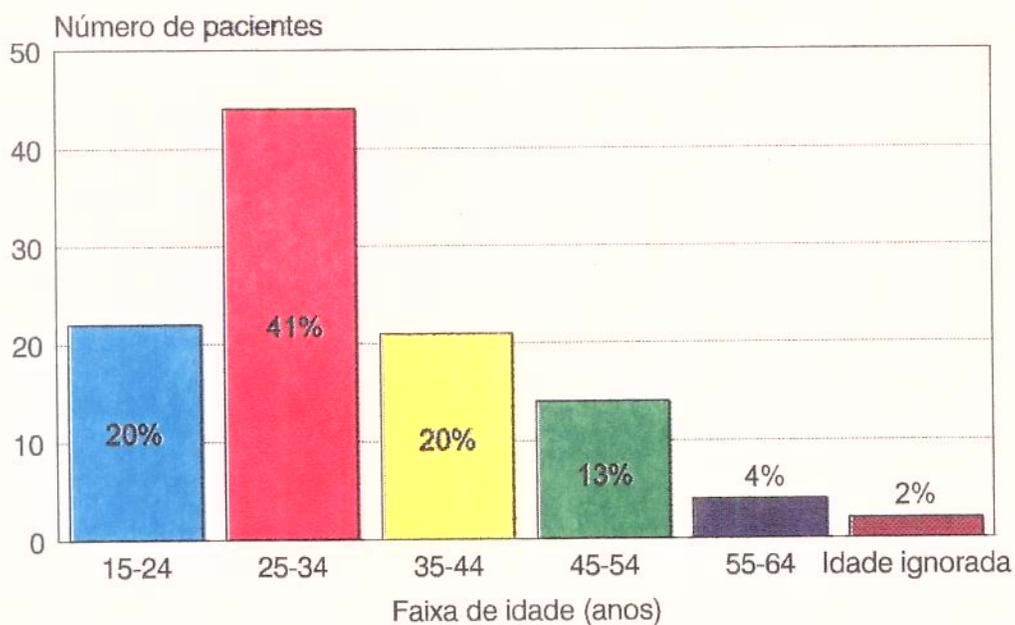


Fig. 4.2 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com o grupo etário (período de abril de 1993 a dezembro de 1994).

Tomaram-se grupos etários considerando-se variações de idade de dez em dez anos, a partir da idade de 15 anos, que é o limite mínimo para inserção em programas do CAPS Integração.

De uma análise da figura, nota-se que houve uma incidência maior de pacientes inseridos com a idade entre 25 e 34 anos (41%). Os grupos etários 15-24 anos e 35-44 anos apresentam igual percentual de ocorrência (20%).

Estes grupos etários correspondem a mais de 80% da população inserida no CAPS Integração. De maneira geral, o intervalo de idades que compreende esses três grupos etários (15-44 anos) aproxima-se justamente daquele em que, normalmente, as pessoas estariam inseridas no mercado de trabalho, como força produtiva.

4.2.4.c) Quanto ao nível de escolaridade

A fig. 4.3 apresenta a distribuição da população inserida no CAPS Integração, quando analisada quanto ao nível de escolaridade.

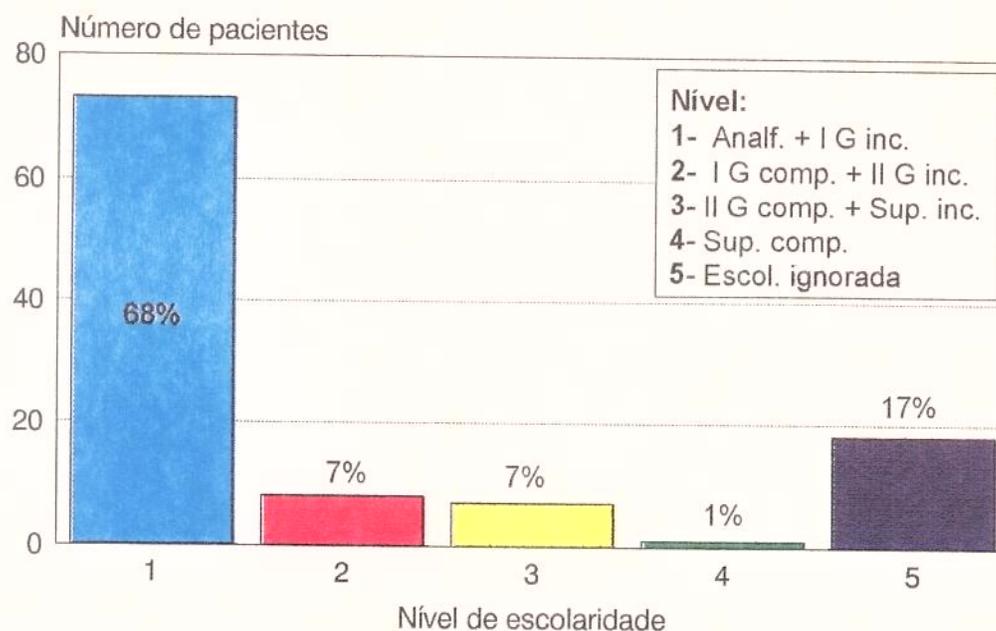


Fig. 4.3 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com o nível de escolaridade (período de abril de 1993 a dezembro de 1994).

A divisão nos níveis de escolaridade seguiu proposta apresentada por GODOI (1994). Por essa classificação, considera-se que os analfabetos (Analf.) e as pessoas com I grau incompleto (I Grau Inc.) assemelham-se mais nas oportunidades de inserção no mercado de trabalho do que estes últimos com indivíduos com I grau completo (I Grau comp.), e assim sucessivamente.

Pela figura, nota-se que houve um evidente predomínio de pacientes inseridos com escolaridade no nível básico (68%). Observa-se, ainda, que 17% da população não tem, em seus registros, dados a respeito da escolaridade.

4.2.4.d) Quanto à ocupação

A figura 4.4 apresenta a distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com suas ocupações principais.

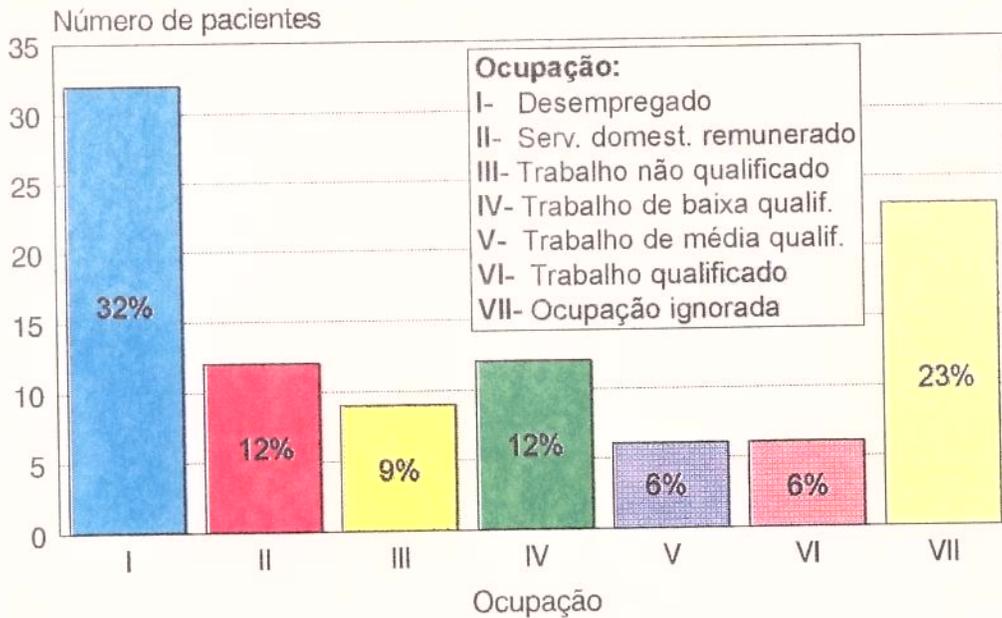


Fig. 4.4 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com a ocupação (período de abril de 1993 a dezembro de 1994).

As ocupações foram classificadas em sete categorias, a saber:

- I. desempregado
- II. serviços domésticos remunerados (empregado doméstico, faxineira, cozinheira, lavadeira, caseiro)
- III. trabalho não qualificado (trabalhos braçais, ajudantes de eletricista, pedreiro, vendedor ambulante, sacoleira)
- IV. trabalho de baixa qualificação (porteiro, ascensorista, trabalhador de construção civil, feirante pintor, marceneiro, carpinteiro, camareira de hotel, garçom)
- V. trabalho de média qualificação (motorista de transporte de passageiros, mecânico em geral, eletricista, encanador, operador de máquinas)

VI. trabalho qualificado (técnicos em geral, desenhista, agente administrativo, secretário, datilógrafo, recepcionista, professor de 1º e 2º grau, topógrafo, bancário)

VII. ocupação ignorada

O classificação das ocupações nos níveis II a VI foi elaborada seguindo-se tabela apresentada por GODOI (1994).

Conforme se observa pela figura, a maior incidência foi verificada na ocupação I - desempregado, representando cerca de um terço da população total do CAPS. Ao se considerar as ocupações II, III e IV (serviços domésticos remunerados, trabalho não qualificado e de baixa qualificação), nota-se que elas compreendem mais um terço da população. Assim, cerca de dois terços da população do CAPS ou está desempregada ou está envolvida em trabalhos de pequena qualificação.

Observa-se, ainda, que 23% da população não tem, em seus registros, dados a respeito da ocupação.

4.2.4.e) Quanto à hipótese diagnóstica

A tabela 4.4 apresenta a distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com suas hipóteses diagnósticas. Foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças - CID -9.

Os dados da tabela, extraídos dos prontuários e livro de inscrição, referem-se às hipóteses diagnósticas iniciais dos 107 pacientes inseridos no CAPS Integração

De modo geral, percebe-se que as hipóteses diagnósticas com maiores percentuais de ocorrência referem-se aos quadros psicóticos (9,4% de psicose orgânica e 50,5% de outras psicoses, perfazendo 59,9% do total de pacientes).

Tabela 4.4 - Distribuição dos pacientes inseridos no CAPS Integração, de acordo com a hipótese diagnóstica (período de abril de 1993 a dezembro de 1994)

Hipótese diagnóstica (CID -9)	número de pacientes	percentual
Quadros psicóticos orgânicos (290 - 294)		
Quadros psicóticos orgânicos senis e pré-senis	4	3,8%
Psicose por drogas	1	0,9%
Quadros psicóticos orgânicos transitórios	1	0,9%
Quadros psicóticos orgânicos crônicos	4	3,8%
Outras psicoses (295 - 299)		
Psicose esquizofrênica	45	42,1%
Psicose afetiva	6	5,6%
Estados paranóides	1	0,9%
Outras psicoses não orgânicas	2	1,9%
Transtornos neuróticos, transtornos da personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos (300-316)		
Transtornos neuróticos	18	16,9%
Transtornos da personalidade	18	16,9%
Reação de ajustamento	1	0,9%
Transtornos depressivos não classificados em outra parte	1	0,9%
Distúrbios de emoções especificamente da infância e da adolescência	1	0,9%
Retardos específicos do desenvolvimento	1	0,9%
Oligofrenia (317-319)		
Oligofrenia leve	1	0,9%
Outras oligofrenias	1	0,9%
Epilepsias (345)		
Epilepsia	1	0,9%

Em seguida, com 37,4% de ocorrência, estão os transtornos neuróticos, de personalidade e mentais não psicóticos. As demais ocorrências totalizam 2,7%.

De uma análise mais detalhada do livro de inscrição dos pacientes, observa-se que no grupo das hipóteses diagnósticas relativas à psicose esquizofrênica - com 42,1% de ocorrência - as incidências maiores, em ordem decrescente, são 295.3/0 (tipo paranóide), 295.0/5 (tipo simples), 295.2/1 (tipo catatônica) e 295.6/4 (esquizofrenia residual). Com relação às hipóteses diagnósticas relativas aos transtornos neuróticos, as incidências maiores, também em ordem decrescente são 300.3/1 (transtorno obsessivo-compulsivo), 300.1/5 (histeria) e 300.8/2 (outros transtornos neuróticos). Por fim, com

relação às hipóteses diagnósticas relativas aos transtornos de personalidade tem-se: 301.5/5 (transtornos histéricos da personalidade), 301.1/2 (transtornos esquizóides da personalidade) e 301.0/4 (transtornos paranóides da personalidade)

4.2.5 Dinâmica de funcionamento

Pode-se dizer que o CAPS Integração é um serviço intermediário entre os Centros de Saúde e as Unidades de Internação Psiquiátricas, devendo oferecer um atendimento mais intensivo nos momentos de crise do paciente, desenvolvendo também propostas voltadas à reabilitação.

Foi previsto no projeto inicial do CAPS Integração que ele deveria funcionar 24 horas por dia, e oferecer leitos para o atendimento de emergência. Entretanto, atualmente, ele funciona das 8 às 19 horas, e não possui leitos para emergência.

A fig. 4.5 ilustra o número e a respectiva percentagem de pacientes das diferentes fontes de encaminhamento.

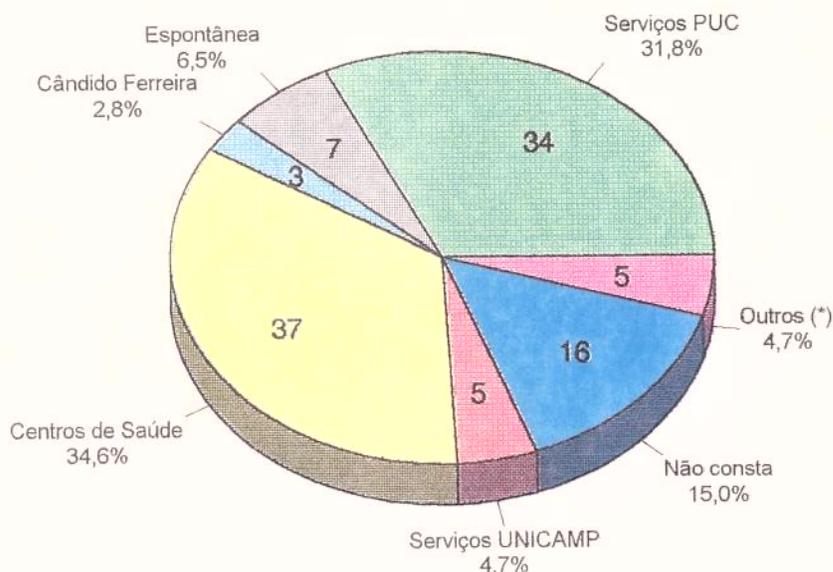


Fig. 4.5 - Fontes de encaminhamento de pacientes inseridos no CAPS Integração, no período de abril de 1993 a dezembro de 1994.

(*) - pacientes encaminhados por serviços como o SOS Mulher, Serviço Social do SETEC, etc.

Observa-se, pela figura, que as principais fontes de encaminhamento de pacientes inseridos são os Centros de Saúde e os serviços da PUC (ambulatórios de psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, etc, unidade psiquiátrica de urgência, pronto socorro), respondendo por cerca de 66% do total da demanda, havendo portanto uma predominância de encaminhamentos de serviços públicos de saúde mental.

Conforme já comentado, no CAPS somente são atendidos pacientes acima de 15 anos de idade. Ao chegarem ao serviço, passam pelo pronto atendimento - triagem. Esta acontece diariamente, não havendo necessidade de agendamento prévio. É realizada por qualquer profissional de nível universitário da equipe técnica.

Os desdobramentos da triagem podem ser: o agendamento para outra consulta - para elucidação diagnóstica, o reencaminhamento para outros serviços ou a inserção para tratamento intensivo no serviço.

Uma vez inserido no serviço, o paciente passará a participar, durante aproximadamente uma semana, de uma programação mais geral que envolve o espaço de convivência e o *atelier*. Espera-se que durante este período o paciente possa se familiarizar um pouco mais com o serviço. Além disso, espera-se que a equipe técnica possa coletar mais dados sobre o paciente, para, em seguida, elaborar o projeto terapêutico do mesmo.

O projeto terapêutico é elaborado em função das diferentes demandas de cada paciente. Pode incluir qualquer uma das atividades de tratamento descritas no Quadro 4.1.

Os pacientes considerados com perfil para inserção no serviço são os neuróticos graves e psicóticos, conforme formulário (CENTRO, 1993), utilizado no CAPS Integração. Por ele, os pacientes devem apresentar um dos seguintes aspectos:

- cuidados pessoais diminuídos ou ausentes;
- vínculos afetivos prejudicados ou quase inexistentes;
- interação e relações sociais diminuídas ou ausentes;
- desinteresse pela própria vida;
- ausência de crítica sobre a própria situação;

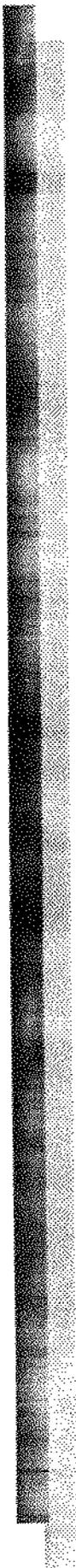
- ausência ou diminuição acentuada de perspectiva de vida ou ambições;
- dificuldade ou impossibilidade de sair de casa;
- contribuição nas tarefas de casa prejudicada ou ausente;
- ausência de condições para o trabalho e/ou obtenção do sustento próprio;
- iniciativa diminuída ou ausente;
- pouca probabilidade de melhoria de quadro clínico, sem que haja tratamento intensivo.

Além dos atendimentos relacionados diretamente com o paciente, são realizadas diversas reuniões.

A reunião de supervisão clínica acontece semanalmente, desde o início do serviço, e conta com a participação de um supervisor da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Nessas supervisões são discutidos os projetos terapêuticos, casos clínicos, a dinâmica da equipe, entre outros aspectos.

Na reunião clínica e administrativa, de frequência semanal, onde participam todos os membros da equipe, são discutidos, avaliados e reavaliados os projetos terapêuticos dos pacientes, as programações de atividades, assim como aspectos administrativos do serviço.

Finalmente, realiza-se diariamente uma reunião geral, com a duração de uma hora, que tem a função de passagem de plantão, ou seja, nela são discutidas as rotinas diárias dos pacientes, possíveis intercorrências e demais acontecimentos.



**5. O GRUPO
OBSERVADO**

O grupo observado era composto por seis pacientes, sendo quatro do sexo masculino e dois do sexo feminino. Todos haviam sido encaminhados para o grupo de terapia ocupacional, após triagem realizada pela equipe técnica do serviço e uma avaliação psiquiátrica. A maioria dos pacientes do grupo a ser estudado foram diagnosticados a partir do CID-9 e enquadram-se dentro do grupo das psicoses.

O grupo observado era coordenado por uma terapeuta ocupacional, que em contato prévio com esta pesquisadora, dissera atuar a partir de um referencial teórico de terapia ocupacional psicodinâmica.

Além dos pacientes e da coordenadora, participavam uma estagiária do 4º ano do curso de terapia ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Esta deveria iniciar sua participação nesse grupo como observadora e, após um período de um mês, assumiria o papel de co-terapeuta.

Como participante do grupo, minha função específica restringiu-se à observação. Minhas observações deveriam centrar-se em aspectos referentes à utilização da atividade e à dinâmica do grupo de terapia ocupacional. Mais especificamente, interessava-me observar:

- como a atividade era inserida no grupo;
- quais eram os materiais utilizados pelo grupo;
- de que maneira os pacientes se relacionavam com os materiais e com as técnicas que envolvem a realização de uma atividade;
- como os pacientes do grupo se relacionavam com o terapeuta ocupacional;
- como se relacionavam entre si;
- qual a dinâmica de funcionamento do grupo.

Passei a freqüentar o serviço, de maneira sistemática, duas vezes por semana, durante dois meses e meio, no ano de 1994. O atendimento do grupo durava uma hora.

Observei dezesseis sessões de atendimento terapêutico ocupacional de um mesmo grupo. Após cada atendimento elaborava um relatório escrito baseado em observações, impressões e nas vivências daqueles momentos grupais.

Passarei, a partir de agora, a referir-me ao grupo de terapia ocupacional observado denominando-o GTO.

Além da atividade específica do GTO, todos os pacientes participavam de outras programações do serviço, com diferentes profissionais da equipe técnica, de acordo com o projeto terapêutico de cada um. Sendo assim, os pacientes do GTO freqüentavam o serviço em vários períodos da semana, possuindo uma rotina de horários e atividades intensos, o que possibilitava que vivenciassem sistematicamente a dinâmica de funcionamento instituída no serviço. Além disso, essa rotina possibilitava que os pacientes pertencentes ao GTO convivessem em outros momentos e situações que não os do GTO.

A proposta básica do GTO relacionava-se diretamente ao fato do processo terapêutico estar vinculado à ação, ao fazer, ao utilizar a atividade como um instrumento de expressão e comunicação. Conseqüentemente, na maioria das vezes, esta proposta implicava no uso de materiais.

BENETTON (1994) define que o material utilizado em terapia ocupacional é todo o arsenal instrumental que se emprega para realizar uma atividade. Compreende, portanto, tanto a matéria prima como os instrumentos para manipulá-la, além de todo o aparato que constitui o *setting* terapêutico.

Os materiais utilizados no GTO ficavam guardados na sala de atendimento, num armário, dentro de uma gaveta, onde se podia ler o nome da coordenadora do GTO. Existiam diversos materiais, entre eles materiais de papelaria, de costura e bordado, revistas, sucata, argila, entre outros.

Ao iniciar minha participação como observadora do GTO, algumas sessões já haviam sido realizadas e, segundo informações da coordenadora do grupo, os participantes tinham sido apresentados, os horários de início e término dos atendimentos estavam definidos, assim como o local e a proposta do grupo.

Dessa forma, o GTO deveria acontecer todas as terças-feiras e quintas-feiras, no horário das 14 h às 15 h, no mesmo local (sala de atendimento grupal). Os pacientes deveriam utilizar-se de materiais disponíveis que se encontravam em um armário da sala. Os pacientes do GTO reuniam-se a fim de realizar atividades. As atividades realizadas no grupo poderiam ser levadas pelos pacientes, doadas, guardadas, enfim, o paciente é quem definiria. Além disso, os atendimentos do GTO só aconteceriam se estivessem presentes pelo menos 2 pacientes; caso contrário, não. Também foi estabelecido previamente com os pacientes do GTO que o grupo seria aberto, ou seja, caso um paciente recebesse alta ou abandonasse o tratamento, um outro paciente do serviço poderia integrar-se àquele grupo.

Os aspectos citados acima constituíram o contrato terapêutico, sendo importantes no estabelecimento do *setting* terapêutico. Dependendo de como são tratados, podem interferir e alterar a dinâmica do grupo.

BLEGER (1977) prefere adotar o termo situação psicanalítica ao invés de *setting*, para designar a totalidade dos fenômenos envolvidos na relação terapêutica. A situação psicanalítica tanto os fenômenos que constituem o processo como os fenômenos que se relacionam ao enquadramento - o "não processo". Estão incluídos no enquadramento psicanalítico o papel do analista, o estabelecimento e manutenção do horário, das interrupções programadas, o ambiente, entre outros.

Com relação ao *setting* em terapia ocupacional, BENETTON (1994) define-o como sendo um conjunto de elementos constituindo-se em: "espaço internamente aberto para receber e externamente aberto para estimular a partida". São característicos no *setting* terapêutico ocupacional: a sala de terapia ocupacional, onde tem-se a possibilidade de desenvolver múltiplas atividades, os materiais, os produtos acabados e inacabados da atividade e o próprio terapeuta ocupacional.

No decorrer das observações pude constatar que a coordenadora do GTO conhecia previamente as histórias de vida de cada um dos pacientes, e, em diversas situações, após o término das sessões, aproximava-se de mim para comentá-las. Este fato, juntamente com algumas supervisões em que participei com a coordenadora do GTO, possibilitavam-me um maior conhecimento da dinâmica grupal e dos pacientes.

Com relação às supervisões, cabe ressaltar que a coordenadora do grupo participava sistematicamente de supervisões clínicas, com referencial teórico psicodinâmico. Nessas supervisões clínicas podiam ser discutidos casos clínicos, a dinâmica do grupo, o clima emocional, a relação terapeuta-paciente, entre outros assuntos.

5.1 Síntese das histórias de vida dos pacientes do GTO

Os dados referentes à história de vida e à história clínica de cada um dos pacientes do GTO foram levantados a partir de:

- informações obtidas junto à Coordenadora do GTO, ao longo do período de observações dos atendimentos;
- informações contidas nos prontuários existentes no CAPS Integração.

A fim de preservar a identidade dos pacientes, foram adotados nomes fictícios. Omite-se também o nome das cidades de nascimento, citando-se apenas as regiões.

Paciente	MARIA
Idade:	31 anos
Sexo:	feminino
Estado civil:	casada
Naturalidade:	interior de Minas Gerais
Escolaridade:	5ª série - incompleta
Profissão/ocupação:	exerceu algumas ocupações como doméstica, trabalho na roça
Religião:	católica
Hipótese diagnóstica⁹:	295.9/0

⁹ Foram mantidas tão somente as hipóteses diagnósticas constantes nos prontuários dos pacientes. Transcende aos objetivos desta dissertação verificar os diagnósticos psico-patológicos. As hipóteses

Maria reside em Campinas há aproximadamente doze anos. Vive atualmente sua segunda união. Do primeiro casamento teve duas filhas, sendo que a mais velha está com doze anos e a mais nova com dez anos. As filhas moram com a avó, mãe de Maria e apenas vão visitá-la.

Maria casou-se com dezoito anos e, após quatro anos, foi abandonada pelo primeiro marido, após o nascimento da segunda filha. Há aproximadamente um ano e meio, vive com um rapaz que, segundo informações da mãe de Maria, é bastante paciente e carinhoso.

Seu atual marido mostra-se colaborador e participativo no tratamento de Maria. Comparece a todas as reuniões de família que acontecem no serviço, vai levá-la e buscá-la no CAPS Integração nos dias de seu atendimento.

Atualmente Maria não trabalha fora, e desenvolve apenas algumas atividades em casa como cozinhar, mas já trabalhou na roça e como doméstica.

Segundo relato de sua mãe, Maria começou a apresentar sintomas de sua doença após a morte de sua avó, “que tinha mais ou menos papel de mãe”. Até aquele período, Maria trabalhava como faxineira em uma empresa de Campinas. Com a morte da avó, começou a ficar nervosa e não falava mais com as pessoas.

A primeira internação psiquiátrica de Maria se deu na PUCAMP, há aproximadamente dois anos. Ficou internada por vinte dias. Naquela ocasião, nada falava, “endureceu o queixo”.

Sua segunda internação foi em Itapira-SP, há mais ou menos um ano, tendo ficado internada por dois meses. Atualmente foi encaminhada para o CAPS Integração pelo Centro de Saúde Parque Valença.

No CAPS Integração, Maria foi avaliada e inserida no programa, participando dos grupos de medicação, de verbalização, terapia ocupacional e do atelier. Na ocasião da sua avaliação mostrava-se confusa, desorientada no tempo e no espaço, com memória

diagnósticas são apresentadas segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID -9 (optou-se pela utilização do código numérico, ao invés do nome da doença).

e atenção prejudicadas, apresentando ainda distúrbio senso-perceptivo. Dizia conversar com os anjos. Apresentava-se agitada, não conseguia permanecer na sala. Fazia uso de medicação neuroléptica.

Por ocasião do início do tratamento, o atual companheiro de Maria compareceu ao CAPS Integração e relatou que ela falava muito, xingava, jogava comida no chão, ficava sempre gritando. Tinha insônia e fazia coisas estranhas. Por exemplo, para limpar a casa, jogava água com mangueira na casa inteira, estragando tudo.

Paciente RAUL

Idade:	30 anos
Sexo:	masculino
Estado civil:	solteiro
Naturalidade:	Interior de São Paulo
Escolaridade:	4ª série - incompleta
Profissão/ocupação:	trabalhou como soldador
Religião:	católica
Hipótese diagnóstica:	295.3/0

Raul mora com seu pai. Possui mais três irmãos casados, sendo que dois deles residem em Campinas.

Seus pais estão separados há dezessete anos. Sua mãe abandonou o lar. Atualmente trabalha como "mãe de santo" num centro espírita em Campinas.

Seu pai já foi internado quatro vezes em hospitais psiquiátricos da região. Refere esgotamento nervoso e alucinações.

Raul trabalhou como soldador. Em sua adolescência teve algumas namoradas. Faz referência ao uso de maconha e bebidas alcoólicas

Foi internado três vezes em hospital psiquiátrico. Sua primeira internação foi aos vinte e dois anos, em Itapira- S.P. Naquela ocasião dizia: *"Minha mãe aparece para mim. Quer me matar."*

Veio para o CAPS Integração encaminhado pelo Centro de Saúde Parque Manoel da Nóbrega.

Em sua avaliação mostrava-se com alterações no curso do pensamento, alucinações auditiva e visual, falava muito rápido e, às vezes, num tom de agressividade. Apresentava dificuldade para iniciar um discurso coerente.

"Tem gente que me atrapalha, eu não consigo viver direito essas coisas. Eles mexem com Jesus Cristo, mas isso não é certo, eu participo, é infantil. Deu um trovão na minha vida. Onde eu moro é pequeno, não tem nada prá ver. Eu tenho visão, eu lido com o povo."

Queixava-se que era atingido por tudo e por todos. Raul apresentava-se bastante magro, descuidado com relação à sua aparência. Fumava muito e já fazia uso de medicação neuroléptica.

Veio acompanhado de seu pai para a avaliação, que comentou: *"Raul não faz nada, não ajuda nos afazeres da casa, tem insônia, não fala coisa com coisa, ri sem motivo."* Comenta, ainda, que Raul tem momentos de piora, sai andando por aí. Quando perguntado onde foi, diz: *"Alguém me fez andar, aí eu fui prá longe. Fui parar na chácara de um homem, lá no início do mato."*

Raul foi inserido na programação do CAPS Integração, participando dos grupos de terapia ocupacional, de medicação, de verbalização e do *atelier*.

À sua família foi indicada a participação no grupo de orientação familiar.

Paciente HENRIQUE

Idade: 34 anos
Sexo: masculino
Estado civil: solteiro
Naturalidade: Interior do Paraná
Escolaridade: 6ª série - incompleta
Profissão/ocupação: operário
Religião: crente - Assembléia de Deus
Hipótese diagnóstica: 295.7/2

Henrique foi criado no interior do Paraná, onde nasceu.

Veio para Campinas com a família, há aproximadamente quinze anos.

Perdeu o pai cedo, quando ainda tinha um ano e seis meses de idade.

Após seis anos, sua mãe casou-se novamente. Henrique estava, então, com sete anos.

Com o primeiro marido, a mãe de Henrique teve quatro filhos, sendo Henrique o mais novo. Já com o segundo marido não teve filhos. Este também veio a falecer há aproximadamente vinte e um anos.

Segundo relato de sua mãe, Henrique sempre foi uma criança diferente. Desde os dois anos de idade constatou que era muito quieto, não brincava com os outros filhos, só se manifestava quando tinha fome ou sede.

Na adolescência, parecia estar melhor, mais sociável. Com dezessete anos ia em bailes, cinema, interessava-se pelo trabalho. Henrique refere ter feito uso de maconha com dezoito anos. Começou a apresentar um comportamento "diferente" quando estava com vinte anos. Naquela época, trabalhava na linha de montagem da Mercedes-Benz.

Dizia ouvir vozes e ver coisas. Passou a não se interessar pelo trabalho e pelas coisas, de modo geral. Só ficava em casa.

Foi internado três vezes em hospital psiquiátrico. A última internação foi há sete anos, no Hospital Santa Fé, em Itapira - SP. Naquela ocasião dizia: *"Fui internado porque gente famosa quer me conhecer. Lá tem gente importante."*

Atualmente mora com a mãe, que o acompanhou na triagem e avaliação no CAPS Integração. Durante a avaliação, a mãe de Henrique queixa-se que ele tem um desinteresse geral por todas as coisas e não trabalha. Às vezes, sai de casa sem avisar e volta um dia depois. Diz que ficou andando.

Henrique, por sua vez, refere na avaliação uma certa preocupação com a velhice de sua mãe. Fala do desejo de encontrar um trabalho. Logo em seguida, comenta que não está bem de saúde para trabalhar. Comenta seus planos para o futuro como, por exemplo, terminar o ginásio ou querer ser pastor na Igreja Assembléia de Deus. Entretanto, sua mãe comenta que ele tem muitos planos, mas não vai atrás de nenhum deles. Henrique frequentou várias igrejas: Seicho-no-ie, quadrangular, católica, Assembléia de Deus.

Ao ser perguntado sobre suas internações, não consegue expressar como se sentia, tendo dificuldade de manifestar-se. Responde apenas às perguntas que lhe são feitas, não iniciando nenhum assunto.

Faz uso de medicação neuroléptica há aproximadamente quatorze anos, desde sua primeira internação.

Após avaliação, foi inserido no serviço do CAPS Integração e passou a participar dos grupos de Terapia Ocupacional, de medicação, de verbalização e do Projeto Ser.

Paciente JOSÉ

Idade:	24 anos
Sexo:	masculino
Estado civil:	solteiro
Naturalidade:	Interior da Bahia
Escolaridade:	nível superior - incompleto (Faculdade de Educação Física)
Profissão/ocupação:	bancário
Religião:	católica
Hipótese diagnóstica:	295.3/0

José mora com seus pais e é o filho caçula de uma prole de quatro, sendo duas mulheres (trinta e vinte e seis anos) e dois homens (vinte e três e vinte e dois anos).

Segundo relato de sua mãe, José teve uma infância normal, brincava, tinha um bom relacionamento social, foi um bom aluno, tanto no primeiro grau, como no segundo, tendo acompanhado sem problemas a escola, desde os sete anos de idade.

Refere que, na família, os avós paternos já fizeram tratamento mental, pois eram muito nervosos.

Em 1990 começou a trabalhar como bancário e também entrou na faculdade, queria ganhar dinheiro. Trabalhava como bancário durante o dia e estudava à noite. Começaram, então, os sintomas da doença: não dormia mais, ficava agitado, só falava em dinheiro, não falava "coisa com coisa".

Foi internado pela primeira vez na Unidade Psiquiátrica de Urgência da PUCCAMP, permanecendo lá por três dias. Após essa internação, ficou ainda internado em Itapira - S.P. por aproximadamente quarenta e cinco dias, no Hospital Bairral. Segundo relato de sua mãe, lá fez ECT (eletroconvulsoterapia), pois estava agressivo, tendo rasgado as roupas de um enfermeiro.

Ao sair de Itapira - S.P., continuou seu tratamento com médico particular e iniciou tratamento psicoterápico, que durou de setembro a dezembro de 1992. Atualmente

faz acompanhamento medicamentoso na UNICAMP, que o encaminhou ao CAPS Integração.

A questão do acompanhamento medicamentoso do paciente vem sendo discutida pela equipe técnica do CAPS Integração, já que, usualmente, é o próprio CAPS que se responsabiliza pela medicação de pacientes sob os seus cuidados.

Para a avaliação no CAPS Integração, José veio acompanhado de seus pais.

No decorrer da avaliação, José referiu que havia sido internado porque não se sentia bem no banco e que havia começado a trabalhar pelos pais. Ele, na verdade, queria ser goleiro de futebol.

O pai de José queixa-se que ele não gosta de fazer nada, só fica em casa dormindo, briga com todos (pais e irmãos) o tempo inteiro.

José não conseguiu localizar-se no tempo e no espaço, nem se concentrar na entrevista. Mostrou-se desconfiado e ambivalente.

Os pais de José mostram-se solícitos com relação ao tratamento do filho. Sistematicamente participam das reuniões e mantêm um contato com o serviço.

José apresenta problemas de relacionamento com o irmão. Segundo informações da Coordenadora do GTO, o irmão de José, quando pequeno, apresentava problemas de desenvolvimento, tendo realizado tratamento com psicóloga, por alguns anos. Atualmente, estuda, trabalha, namora, tem o seu carro, possuindo uma condição de vida diferenciada de José

José faz uso de medicação neuroléptica desde 1990, quando foi internado pela primeira vez.

Foi inserido na programação do CAPS Integração, participando dos grupos de terapia ocupacional, de medicação e de verbalização.

Paciente PAULO

Idade: 52 anos
Sexo: masculino
Estado civil: casado
Naturalidade: Interior de Minas Gerais
Escolaridade: 2ª série - incompleta
Profissão/ocupação: pedreiro
Religião: católica
Hipótese diagnóstica¹⁰: 310.2/0

Paulo é casado há dezessete anos e tem um filho de quatorze anos e uma filha de dezesseis anos.

Paulo compareceu à entrevista de avaliação do CAPS Integração sozinho.

Comenta que em abril de 1988 foi atropelado por um ônibus, quando sofreu um traumatismo craniano. Deixou de trabalhar como pedreiro e está “encostado na caixa”.

Refere ter ficado dezesseis dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Mário Gatti e trinta dias na enfermaria.

Diz que seus problemas começaram depois desse acidente. Queixa-se de problemas de memória, dores nas costas, ansiedade, irritabilidade e hipertensão arterial, não enxergando bem da vista direita. Comenta que, principalmente à noite, vê vultos, sente muito medo e tem a sensação de que sempre tem alguém lhe chamando.

Em 1989, um ano após o acidente, foi internado na Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital Celso Pierro, da PUCCAMP, tendo iniciado tratamento para “nervosismo”. Diz que: “*de lá pra cá, sinto uma preguiça incontrolável.*”

Por solicitação da equipe técnica do CAPS Integração, a esposa de Paulo comparece ao serviço.

¹⁰ Embora este código não corresponda a uma psicose propriamente dita, constatou-se na história clínica do paciente a presença de sintomas psicóticos

Segundo suas informações, em casa Paulo não faz nada, fica só deitado, não gosta de ver televisão, não conversa com ninguém, fica só olhando as plantas, parado. Às vezes, fica dois ou três dias fora de casa, andando sem destino. Não se lembra de nada. Tem crise convulsiva. Desmaia.

A esposa de Paulo comenta ainda que *“só está com ele por “pena”, pois são muitas as dificuldades no relacionamento.*

Relata que ela não pode trabalhar fora, pois tem medo de deixar a filha sozinha com o pai. Ainda segundo a esposa, o pai já tentou abusar sexualmente da filha por mais de duas vezes.

Paulo faz uso de medicação neuroléptica e foi inserido na programação do CAPS Integração, participando do grupo de medicação e do grupo de terapia ocupacional.

Paciente	ANA
Idade:	56 anos
Sexo:	feminino
Estado civil:	casada
Naturalidade:	Interior de Goiás
Escolaridade:	2ª série - incompleta
Profissão/ocupação:	doméstica
Religião:	católica
Hipótese diagnóstica:	295.9/0

Ana é casada há vinte e cinco anos. Tem um filho de vinte e seis anos e uma filha de vinte e dois anos, ambos casados e com dois filhos cada um.

Vem acompanhada do marido para ser avaliada. Este queixa-se dizendo que *“o problema de Ana veio antes do casamento. A família dela me enganou, não me contou. Ana conversa sozinha, é muito nervosa.”*

Além disso, refere que Ana tem insônia, agitação, fica nervosa por quase tudo.

Durante a entrevista de avaliação, Ana comenta que tem problemas de memória, dores de cabeça e que ouve vozes.

Fala: *“colocaram coisas na minha boca, é uma tentação.”*

A paciente apresenta problemas de fala, sendo difícil entendê-la. Mostra-se polí-queixosa, desorientada no tempo e no espaço, e apresenta algumas características hipochondríacas.

A família parece não colaborar com o tratamento de Ana, não comparecendo quando solicitada e colocando dificuldades para trazê-la no serviço.

Ana foi inserida no CAPS Integração e participa do grupo de medicação e grupo de terapia ocupacional.

5.2 Fragmentos das observações do GTO

Considerando os objetivos desta dissertação, minha experiência clínica, os referenciais teóricos descritos anteriormente e o estudo dos relatórios de observação do GTO, procurarei refletir e analisar alguns aspectos dessa vivência.

Ressalto ainda que utilizarei fragmentos dessa vivência, a fim de ilustrar e comentar a dinâmica de funcionamento do GTO e a experiência dos terapeutas ocupacionais no atendimento de um grupo de pacientes psicóticos no CAPS Integração.

Refiro-me a fragmentos, pois o material coletado mostrava-se por demais extenso, e trabalhá-lo integralmente seria incompatível com os limites que se impõem à própria elaboração de um trabalho de mestrado. Sendo assim, os cortes, a escolha de um fragmento ou a escolha de uma parte em detrimento de outras, a seleção, foram necessários.

“Entretanto, em um grupo, tudo tem sentido; qualquer coisa, por menor que seja, “tem sentidos”. Conseqüentemente, o fato de haver a necessidade de selecionar

de um todo, partes e fragmentos ... sempre implicará em perdas e críticas."(ARRUDA, 1989).

A maneira como esses fragmentos foram selecionados reflete uma certa especificidade da terapia ocupacional. Especificidade que caracteriza o campo de trabalho desse profissional, que inclui o olhar a atividade.

"O olhar do terapeuta ocupacional é o instrumento que torna possível a construção de elos entre um fazer e outro; entre um 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."(BENETTON, 1994).

Os fragmentos foram selecionados para ilustrar aspectos relacionados à atividade e à dinâmica do grupo. Não serão descritos de maneira cronológica no texto que se segue. Ao contrário, procurarei descrevê-los agrupando-os pelo conteúdo, conforme o tema em discussão.

Devo ainda ressaltar que o estudo desse material e o próprio método utilizado na elaboração deste trabalho não têm por objetivo a verificação de uma hipótese inicial, mas sim discorrer sobre uma experiência em específico.

De modo geral, as vivências no GTO eram muito ricas, repletas de sentimentos, sentidos e afetos. Em algumas situações, um sentido parecia explicitar-se, ganhava um certo significado. Era como se um "flash" iluminasse rapidamente aquele momento em específico.

5.2.1 Fragmentos relativos à realização da atividade

Procurarei ilustrar, a seguir, a maneira como as atividades foram utilizadas pelos pacientes no GTO.

Fragmento 01

Raul, já no início do atendimento propõe ao grupo:

- Vamos fazer colagem?

Os demais pacientes presentes no grupo parecem ignorar sua sugestão. Envolvem-se, cada um, na escolha de uma atividade. José não escolhe uma atividade nova para realizar; dá continuidade à confecção de um carrinho de papelão iniciada no atendimento anterior. Raul dirige-se ao armário onde estão os materiais, seleciona-os e volta ao seu lugar. Dentre os materiais selecionados estavam cola, folha de papel sulfite, tesoura e diversas revistas. Inicia a sua colagem, realizando-a em silêncio. Durante a realização da atividade, Raul demonstrou envolvimento, estando atento. Não apresentou dificuldades com relação à técnica de realização da colagem. Folheia as revistas atentamente, e procura possíveis figuras a fim de compor o seu trabalho. Dentre as diversas revistas que folhou, Raul selecionou livremente apenas uma figura de mulher, em tamanho semelhante ao "3 x 4". Em seguida, recortou-a e colou-a bem no centro do papel sulfite (fig. 5.1).

Ao longo das observações, constatei que Raul realizou algumas atividades de colagem, entretanto, neste atendimento, dois aspectos foram ressaltados: foi a única vez que Raul propôs espontaneamente uma atividade para o grupo e também foi a única vez que mobilizou-se, indo em busca dos materiais para confeccionar sua atividade.

No final da sessão, como freqüentemente acontecia, todos os participantes apresentaram seus trabalhos ao grupo. Raul levanta sua colagem, mostrando-a para o grupo e diz:

- Eu coleí essa figura de uma mulher sozinha. É como eu. Sozinho. Me sinto apertado, com uma pressão na cabeça. Parece que tudo está muito quente.



Fig. 5.1 -Atividade de colagem realizada por paciente do GTO (recorte de revista colado sobre papel sulfite)

Comentário:

Na ilustração desse fragmento, procurei resgatar o processo vivenciado por Raul, ao realizar uma atividade de colagem.

Esse processo iniciou-se no momento em que Raul entrou na sala e propôs uma atividade para o grupo. Mesmo não tendo sido aceita sua sugestão pelo grupo, Raul vai ao armário, escolhe o material, executa a atividade e a conclui.

Raul utilizou a atividade como instrumento comunicacional e expressivo, conseguindo falar de si. *“Eu coleí essa figura de uma mulher sozinha. É como eu. Sozinho. (...)”*

Para AZIMA & AZIMA (1979), numa situação terapêutica ocupacional, quando o paciente escolhe livremente o material (tinta, massa de modelar, argila, lápis, papel, etc.), quando manipula esse material, criando ou não um produto final e quando verbaliza livremente sobre sua produção, fornece dados importantes sobre os seus sentimentos, fantasias e experiências interiores, podendo até funcionar como um procedimento diagnóstico, tendo então uma função diagnóstica.

Para esses autores, a função diagnóstica se dá através do material projetivo. O material projetivo diferencia-se do teste projetivo, na medida em que o paciente escolhe o objeto e a técnica de manipulação. Além disso, um outro aspecto positivo para utilização do material projetivo em terapia ocupacional é que o paciente não se encontra necessariamente numa situação de avaliação, como ocorre numa situação de aplicação de um teste projetivo.

Para BENETTON (1991), a função diagnóstica por meio da utilização do material projetivo, existe, mas ao longo da terapia, não conforme ressaltaram AZIMA & AZIMA (1979).

A comunicação feita pelo paciente por meio da atividade passa a ser uma via de acesso para que o terapeuta ocupacional tenha possibilidade de trabalhar com o que foi comunicado.

Fragmento 02

Neste atendimento estavam presentes Maria, José e Henrique. Ao entrarem na sala, sentam-se à mesa. Imediatamente, José diz:

- Essa noite eu tive um sonho. Sonhei que tinha levado um tiro no pescoço.

Começa, então, a contar seu sonho, mas Henrique interrompe dizendo:

- Vamos fazer uma atividade?

Levanta-se, vai ao armário e começa a pegar o material. Maria diz:

- Me dá uma?

Refere-se à folha de papel. Henrique, então, dá uma folha para Maria, outra para José, e coloca outra sobre a mesa em frente ao lugar que estava ocupando.

José pergunta a Henrique:

- Tem lápis nº 2?

Henrique, ainda em frente ao armário, encontra um lápis preto nº 2 e dá para José. Volta ao seu lugar e dá início a um desenho.

Maria e José também iniciam seus desenhos. José inicia o desenho do sonho que havia começado a contar. Enquanto desenha, diz:

- Apareceu um casal em frente da minha casa. Na minha casa não tem muro, tem grade. Ai o homem atirou em mim. Eu tava na sala. Ai meu irmão tava deitado no chão. Ai eu telefonei prá polícia. O telefone tava perto de mim, isso no sonho, né? Primeiro, achei que meu irmão tava morto. Depois, ele levantou.

Enquanto relatava seu sonho, ia desenhando no papel e, pouco a pouco, outros conteúdos iam sendo expressos.

José pergunta:

- Será que não é porque diminuiu a dose do remédio que eu sonhei?

A coordenadora do grupo diz:

- *Você está preocupado com isso?*

- *Ei! tou, porque quando eu tava ruim eu sonhava mais ...*

José continua:

- *No sonho eu tinha brigado com meu irmão ... Só no sonho ... Ele era culpado de tudo aquilo. Esse é meu irmão (apontando para uma figura de boneco desenhada no papel).*

Já no final do atendimento José fala:

- *Meu irmão faz aniversário amanhã, mas eu não vou dar isso para ele, né?*

José levanta a folha que acabara de desenhar, para que a coordenadora do grupo pudesse vê-la.

Durante a realização do desenho, José não se preocupou com o produto final, ou seja, em nenhum momento fez referências ao fato do desenho estar bonito ou feio, como acontecera em outros atendimentos. Também não utilizou a borracha para corrigi-lo, como fazia freqüentemente.

A coordenadora diz:

- *Por que não?*

- *Ah, é uma tragédia!*

Comentário:

No atendimento ilustrado pelo fragmento 2, ao comentar seu sonho, José aborda conteúdos difíceis como a sua doença, ideação persecutória, além de aspectos relacionados ao seu tratamento.

Parece ser difícil, tanto para o grupo como para José, entrar em contato com tais conteúdos. Tanto que, ao iniciar seu relato, José é interrompido por Henrique que propõe ao grupo a realização de uma atividade. Henrique parece tentar impedir que esses conteúdos sejam manifestados.

Uma ansiedade toma conta do grupo; mesmo assim José prossegue e, durante quase toda a sessão, relata seu sonho, utilizando-se do desenho enquanto uma forma de facilitar seu relato.

Como ressaltai, José não se preocupou com a realização de um desenho tecnicamente perfeito do ponto de vista estético, como acontecera em outros atendimentos. Parece ter havido uma mudança no processo de realização da atividade. A atividade, além de ter expressado e comunicado sentimentos de José, possibilitou que ele tomasse contato com tais sentimentos.

Conforme ilustra a fig. 5.2, no desenho já pronto, pude observar uma forma semelhante à de um corpo deitado; ao lado, outra forma semelhante à de um corpo em pé. À frente dessas duas formas descritas, haviam outras duas formas, também semelhantes à figura humana. Todas estavam desenhadas de modo bastante simples, quase infantil. Atrás do corpo deitado havia uma cruz. Os traçados que compunham o desenho foram feitos com lápis preto e eram bastante tênues, de tal forma que, olhando-os rapidamente, eram quase que imperceptíveis.

Ao ver José absorvido na atividade, percebi que o ato de desenhar e o desenho em si intermediaram e serviram de ponte para o contato dele com o grupo e, possivelmente, dele com seus conteúdos internos.

Em outros atendimentos observados, constatei que José também havia utilizado o desenho para relatar fatos e situações de sua vida, conforme fizera na ilustração desse fragmento.

No processo de realização do desenho, José teve a possibilidade de expressar, identificar, associar e reconhecer alguns de seus conteúdos internos.

De modo geral, numa abordagem psicodinâmica, a função do terapeuta ocupacional é justamente facilitar e possibilitar que o paciente vá se reconhecendo em sua ação.

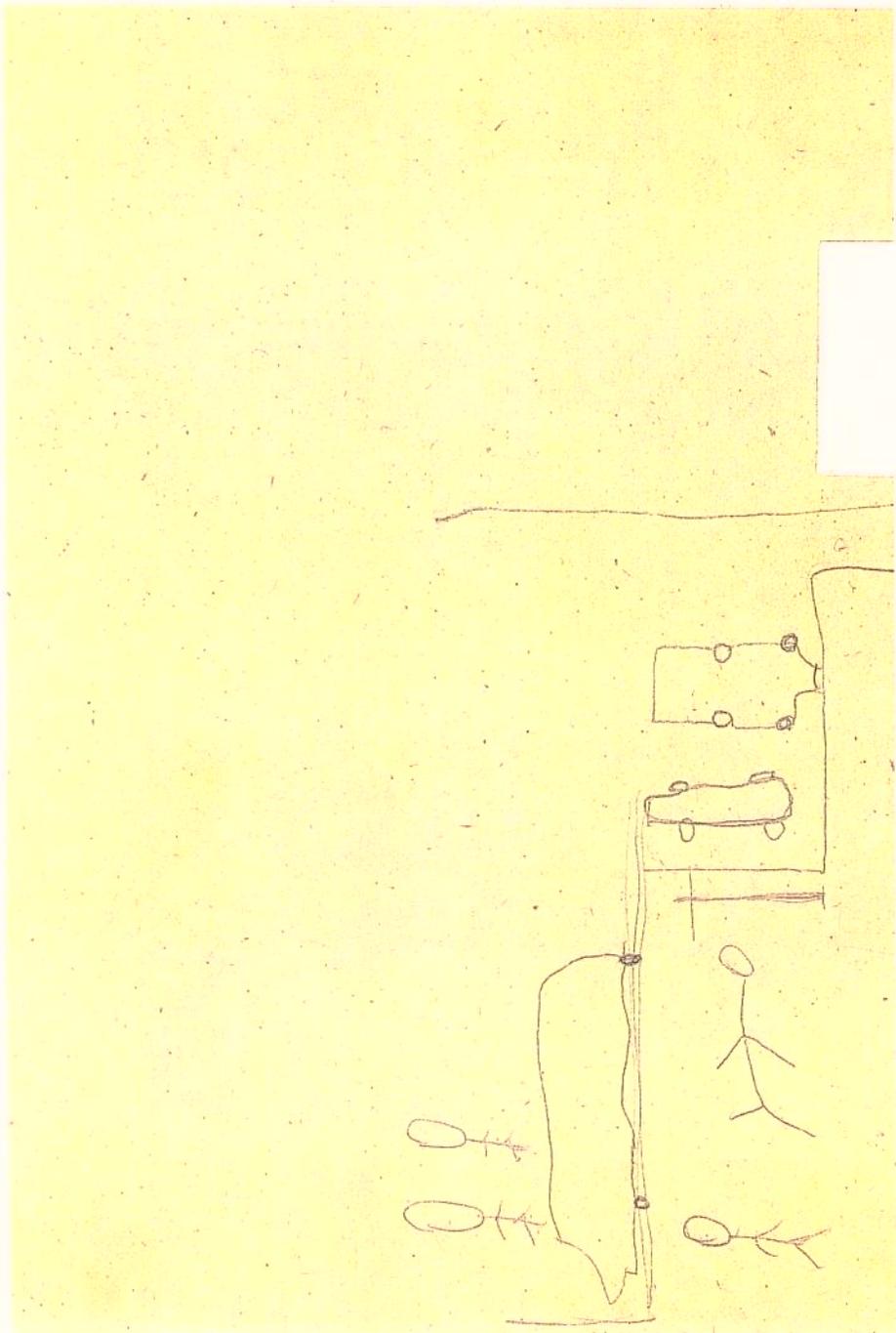


Fig. 5.2 -Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis preto sobre papel jornal)

Fragmento 03

Nesse atendimento estavam presentes José, Raul e Maria. Henrique chega um pouco atrasado.

José dá continuidade à atividade iniciada há duas sessões: confecção de um carrinho de papelão.

Raul inicia uma atividade de colagem. Maria vai ao armário e observa os materiais existentes. Após algum tempo diz:

- Vou fazer um colar.

Inicia a confecção de um colar de contas brancas.

Henrique, que ainda não havia iniciado uma atividade, ao observar Maria diz:

- Eu também vou fazer um colar.

Em seguida, inicia a confecção de um colar, com materiais iguais aos de Maria

Cada um dos pacientes realiza, então, suas atividades.

Comentário:

Na ilustração do **fragmento 3**, observei que foi possível para Henrique perceber a atividade que Maria estava realizando; mais do que isto, Henrique mobilizou-se, indo em busca do mesmo material (fios de nylon e contas brancas), para confeccionar um colar. Nesta situação em específico, a atitude de Henrique envolveu sentar-se próximo de Maria e dividir com ela um mesmo recipiente com contas brancas. Isso, por vezes, implicou em alguns contatos físicos.

Henrique realizou a atividade lentamente, pois apresentava dificuldades em colocar as contas brancas no fio de nylon (coordenação motora fina), entretanto continuou a execução do colar até o seu término.

A atividade foi um caminho para que se estabeleça um contato entre Henrique e Maria.

Esse tipo de acontecimento ilustrado no fragmento (um paciente aproxima-se de outro, por intermédio da atividade), ocorre com frequência nos atendimentos de terapia ocupacional. Em algumas dessas situações, o paciente resolve realizar a mesma atividade que um outro paciente está realizando, para diminuir sua ansiedade frente à possibilidade de escolher uma atividade para realizar, ou, até mesmo, frente à dificuldade de utilizar um determinado material. Em outras situações, a realização de uma mesma atividade se dá em função de identificações, da necessidade de contato e da possibilidade da formação de vínculo.

Fragmento 04

Nesse atendimento estavam presentes Paulo, José, Maria e Henrique. Este último sugere que façam atividade de colagem, e vai ao armário pegar o material.

Em seguida, José faz o mesmo. Paulo e Maria também.

Todos os pacientes resolvem fazer a mesma atividade - colagem - ainda que individualmente. Selecionam e recortam figuras de diferentes revistas.

José cola em uma folha de sulfite a figura de um pássaro (papagaio que ocupa a folha inteira).

Paulo faz uma colagem com três figuras: uma de um político, outra de um desfile de escola de samba e outra de um grupo de homens sentados ao redor de uma mesa.

Maria cola duas figuras em sulfite: uma paisagem e uma modelo.

Por fim, Henrique faz uma colagem com figuras de diversos políticos e um casal.

Comentário:

No **fragmento 4**, ressaltando assim como no **fragmento 3**, procurei ilustrar que, no mesmo atendimento, era possível estabelecer associações entre as atividades que os pacientes escolhiam. Melhor dizendo, ainda que as atividades tivessem sido escolhidas

livremente, freqüentemente um paciente resolvia fazer a mesma atividade que um outro estava fazendo. Em algumas situações, a atividade não era a mesma, mas a temática sim, por exemplo: um paciente resolvia desenhar uma figura humana; um outro, ao vê-lo, resolvia confeccionar, em argila, um boneco.

Segundo FERRARI & AGUIRRE (1990), a inserção da atividade no atendimento de um grupo de pacientes psicóticos tem a função de:

- ampliar a possibilidade de comunicação e expressão dos conflitos inconscientes;
- desencadear processos identificatórios, por meio do fazer, do produto e do conteúdo;
- possibilitar a criação de cenas e imagens que a estrutura dinâmica de um grupo verbal não oferece.

As situações descritas nos **fragmentos 2, 3 e 4**, e suscitadas pela realização da atividade, demonstraram que algumas das funções descritas pelas autoras se estabeleceram.

Fragmento 05

Nessa sessão, já no final do atendimento, a coordenadora solicita a cada um dos participantes que comentem sobre as atividades realizadas. Maria, Raul, Henrique e José começam a falar sobre suas atividades.

Todos haviam escolhido a atividade de desenho. Apenas José utilizou lápis preto. Os demais utilizaram lápis de cor.

Raul comenta sobre seu trabalho:

- Desenhei uma árvore no deserto.

A coordenadora do grupo intervém, dizendo:

- Parece, Raul, que você já tinha começado a desenhar mais coisas, né? O que que aconteceu? Você percebeu que em outros atendimentos você fez um dese-

nho de uma casa, uma árvore e um sol? Fez também um desenho de um posto de gasolina. Os seus desenhos pareciam ter mais figuras ...

Raul responde:

- Eu quis desenhar uma árvore sozinha.

Comentário:

Neste fragmento procurei ilustrar que, ao intervir, a coordenadora do grupo referiu-se a outros trabalhos já realizados por Raul neste grupo. Este fato nos mostra a possibilidade de se resgatarem e de se estabelecerem associações entre as diversas atividades realizadas pelo paciente ou pelo grupo, ao longo dos atendimentos.

De fato, nos primeiros atendimentos que participei como observadora, Raul não realizou nenhuma atividade. Depois, passou a desenhar figuras desestruturadas (fig. 5.3). Em seguida, iniciou uma fase em que realizava nas sessões atividade de colagem ou desenho. Neste período, as colagens continham apenas uma figura, por exemplo, uma foto de mulher (fig. 5.1). Os desenhos também apresentavam apenas um elemento, por exemplo, uma árvore ou uma casa (fig. 5.4).

Por ocasião da sétima sessão observada, Raul inicia a realização de atividades em que começa a compor desenhos com, no mínimo, dois elementos, por exemplo, um desenho de um casal, de uma paisagem, conforme ilustrado na fig. 5.5.

Passado esse período, Raul volta a realizar desenhos e colagens com apenas um elemento (fig. 5.6). Este aspecto foi ressaltado pela coordenadora do GTO ao paciente, conforme ilustrei anteriormente.

Nesta ilustração, a coordenadora do GTO procurou resgatar junto ao paciente outras atividades realizadas por ele ao longo do tratamento. É uma tentativa de ir compondo uma “trilha associativa”, um caminho para os significados.



Fig. 5.3 -Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (giz de cera sobre papel sulfite)

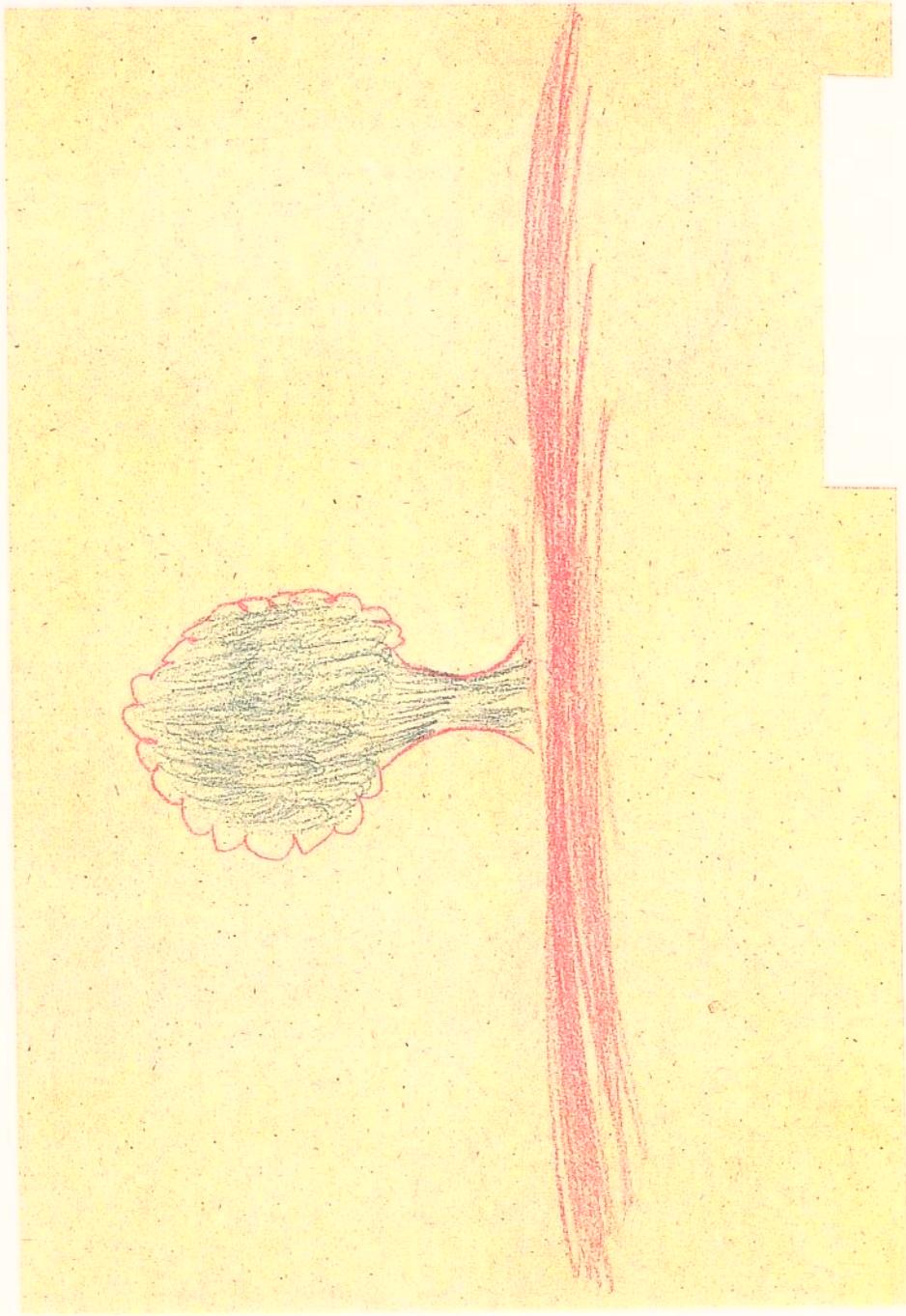


Fig. 5.4 -Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis de cor sobre papel jornal)

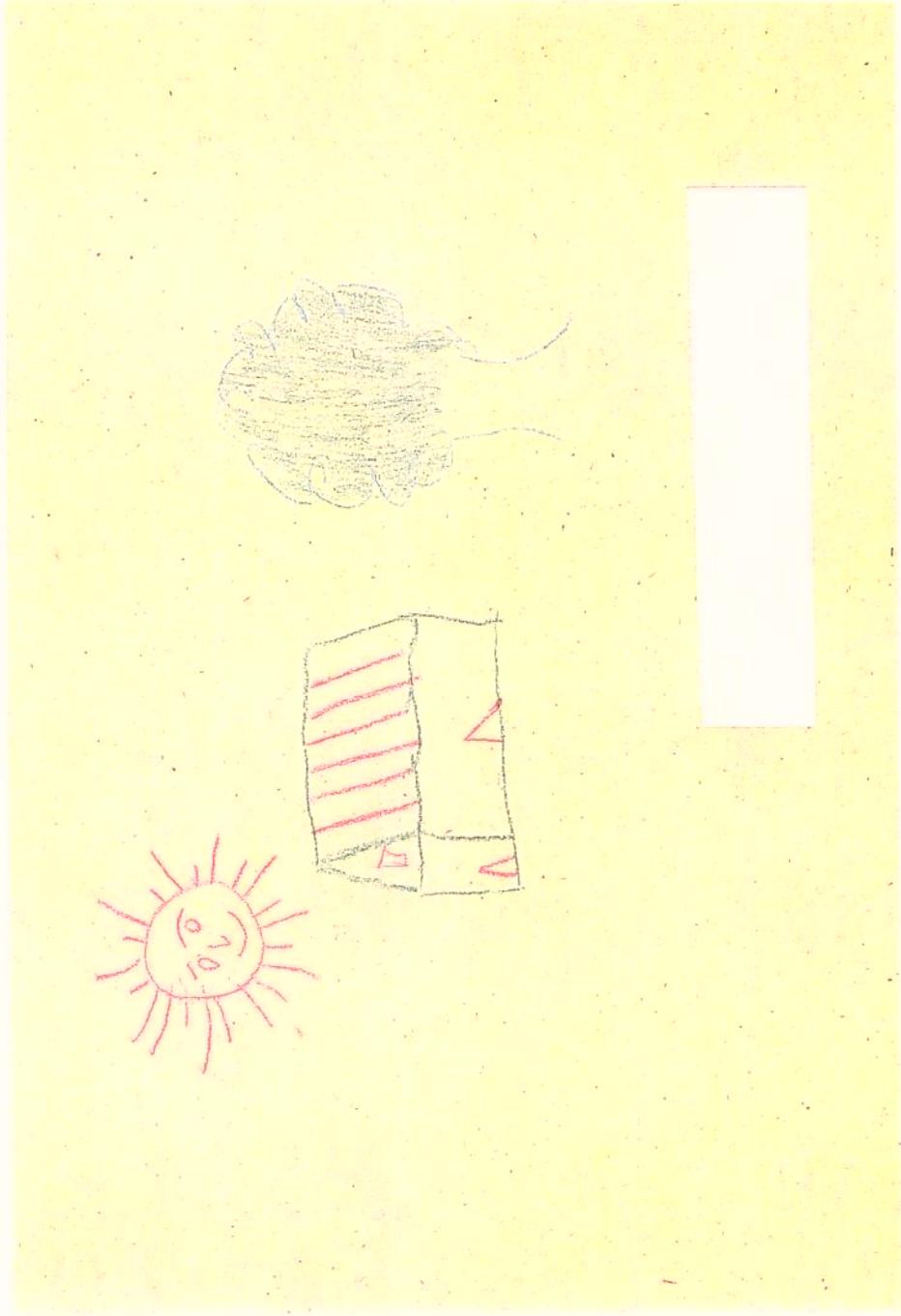


Fig. 5.5 -Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis de cor sobre papel jornal)

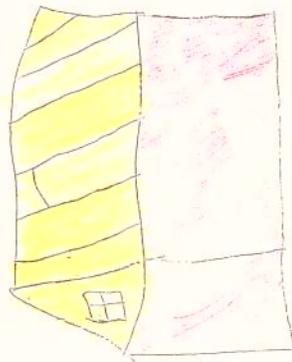


Fig. 5.6 -Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis de cor sobre papel sulfite)

São essas situações, em terapia ocupacional, onde o terapeuta ocupacional vai em busca de identificações e associações entre as diversas ações e atividades, que vão, pouco a pouco, possibilitando ao paciente o reconhecimento de que alguns elementos de uma atividade podem ter relação com outros, de uma outra atividade, permitindo uma reconstituição e uma significação.

O conceito de trilha associativa, apresentado por BENETTON (1991), ajuda-nos a compreender estes aspectos das atividades em terapia ocupacional.

“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 como exemplo 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 identificação e nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nessa relação. Muitas das atividades propostas ao paciente, durante a terapia, assim o são por permitirem a continuidade das associações. Assim como espera-se que através delas o paciente possa também contar a sua história.” (BENETTON, 1991)

Fragmento 06

Nesse atendimento estão presentes inicialmente Maria, José e Henrique. Entram na sala e sentam-se à mesa. Dão início às suas atividades. Todos os pacientes escolhem fazer um desenho, individualmente.

Já havia se passado mais da metade do atendimento quando Raul entra na sala, trazendo um violão. Coloca o violão encostado na parede, próximo ao armário, e senta-se ao lado de Maria, que diz:

- Bonito o violão.

Raul - É. É do meu pai.

Coord. - *Você esqueceu do grupo, Raul?*

Raul - *É, esqueci.*

Maria pega o desenho que fez e mostra para Raul, dizendo:

- *Você acha bonito?*

Raul - *Não.*

José ri.

Raul - *Não, o desenho tá bom.*

José - *Acho que ele não gostou da pintura.*

Maria, apontando para a coordenadora do grupo, pergunta a Raul:

- *Você gosta dela?*

Ele não fala nada. Maria novamente pergunta a Raul:

- *Você entende esse grupo?*

Raul - *Não.*

Maria - *Tem muita briga aqui, né? Você gosta desse grupo?*

Raul - *Gosto.*

Silêncio.

Raul - *Você tem um cigarro prá me dar?*

Maria dá o cigarro a Raul, que começa a falar de sua mãe.

Raul - *Minha mãe escolheu um caminho. Então ela foi fazer uns trabalhos na consulente. Ai, cê sabe, né? Não dá certo.*

Coord. - *Como assim?*

Raul - *Uns trabalhos ... Umass coisas assim de terreiro. Sabe, ter mãe que não está, não adianta. Agora, o meu pai, o meu pai eu gosto dele. Ele se preocupa comigo, entende?*

A coordenadora pede aos pacientes que guardem o material, e diz:

- *Quem quiser pode guardar os desenhos na pasta.*

José pega o violão que estava encostado na parede e passa-o para Raul, que começa a tocá-lo. Raul começa a tocar e a cantar um som que não me parece estranho. Consigo identificar a música. Penso que é “Yesterday”, dos Beatles. Seu inglês é “diferente” e confuso. Parece inventar as palavras. Todos ouvem atentamente. Alguns até acompanham, cantarolando. Nesse instante, sinto que o grupo está coeso. Estão ligados uns aos outros e na música. Após alguns instantes, Raul pára de tocar. Ninguém sai da sala, permanecendo todos em suas posições, como se quisessem continuar naquela situação.

Coord. - *Alguém mais quer tocar?*

José - *Não.*

Começam, então, a sair da sala.

Coord. - *Até terça.*

Nesse dia, o atendimento estendeu-se quinze minutos além do tempo previsto.

Fragmento 07

Estão presentes nesse atendimento Maria, Raul, Henrique e José. Todos iniciam uma atividade de desenho, individualmente. Antes de iniciar o seu desenho, Maria ficou em dúvida se o faria, ou se confeccionaria um colar. Realizam suas atividades. Já no final da sessão, começam a falar sobre elas.

José começa a explicar o seu desenho, e diz, apontando para ele:

- *Eu fiz um conjunto de som. Esse é o baterista. Esse é o tecladista. E aqui tá o guitarrista.*

Maria começa a falar com Henrique, interrompendo José. Não consigo entender o que falam.

Coord. - *Maria, o José está falando! Você está interrompendo. Tá difícil escutar, né?*

José - *Ih, tá faltando o vocalista, vou desenhar.*

Então desenha o vocalista e tenta colocar o nome dos elementos do conjunto. Parece ter dificuldade.

José - *Acho que eu não vou por nome nas pessoas do grupo, só no grupo, porque eu só consegui por nome em duas pessoas.*

José aponta para o tecladista e diz:

José - *Esse aqui é Raul.*

Em seguida, diz:

José - *Esse aqui, é o Henriquinho da bateria. Que nome eu poderia por no conjunto?*

Raul - *Põe "Rolling Stones".*

José - *Não.*

José pensa, pensa, e diz, escrevendo no papel onde desenhara o conjunto:

- *Vou por o nome de "Look Stones".*

Coord. - *Gente, acabou. Vamos guardar o material?*

Raul vai ao armário, após pegar os desenhos de todos, para guardá-los na pasta, vê a pasta e diz:

- *A pasta está muito rasgada. Acho que não dá. Precisa arrumar.*

Na verdade, não é uma pasta, e sim um envelope confeccionado pelo grupo. Nesse envelope todos vem guardando seus trabalhos, em todas as sessões. A coordenadora pega o envelope e Raul pega do armário um rolo de fita crepe. Os demais pacientes se aproximam da coordenadora e começam a consertar o envelope. Raul desenrola, então, um grande pedaço de fita crepe. José vai recortando a fita crepe, e dando para a

coordenadora. Henrique segura os pontos do envelope que devem ser colados. Todos se envolvem no conserto do envelope. Ao terminar, a coordenadora diz:

- *Gente, até quinta.*

Começam, então, a sair da sala.

Comentário:

Como já disse anteriormente, as vivências no GTO eram muito ricas, as situações se configuravam de tal forma que, em alguns momentos, o silêncio tomava conta do grupo. Em outros momentos, todos falavam ao mesmo tempo, dando lugar ao ininteligível. Ora o não fazer, ora o fazer individual e ora o fazer em grupo.

Os fragmentos 6 e 7 ilustram alguns momentos do fazer em grupo.

Como terapeuta ocupacional, que na experiência clínica vem atuando junto a grupo de pacientes psicóticos, sei das expectativas com relação a esses momentos num grupo do “fazer em grupo”. Desejamos propor uma atividade para o grupo, desejamos que o grupo realize a atividade.

MAXIMINO (1991) salienta justamente que a função do terapeuta ocupacional é concretamente facilitar que o grupo entre em ação por meio da atividade. Pode, portanto, propor atividades ou modificações nas mesmas, devendo considerar a leitura que fez das necessidades do grupo.

Muitas vezes, também, cometemos erros, propondo uma atividade grupal num momento inadequado. Porém, quando os momentos do “fazer em grupo”, descritos nos fragmentos 6 e 7, surgem espontaneamente, percebemos que os pacientes podem vivenciar outras maneiras de se relacionar, tanto com o fazer, como com o outro do grupo, e estas ganham um sentido e um sentimento.

Na ilustração do **fragmento 7**, ao desenhar individualmente o conjunto musical “*Look Stones*” (fig. 5.7), José pode expressar sentimentos relacionados à sua vivência no GTO. No momento seguinte, Raul, José, Henrique e Maria se mobilizaram para a realização de uma atividade grupal. O produto desta atividade - conserto do envelope - num

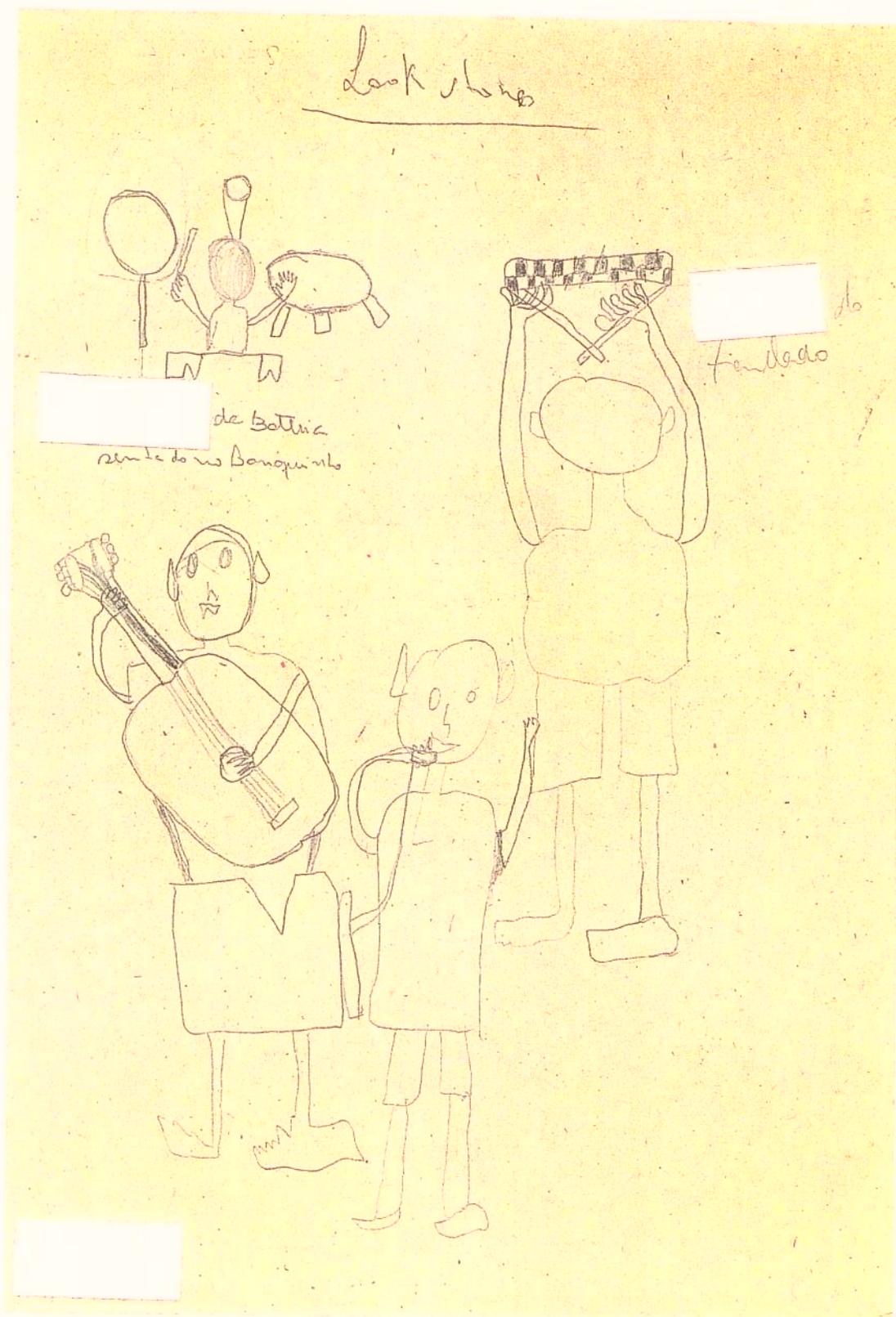


Fig. 5.7 -Atividade de desenho realizada por paciente do GTO (lápis preto sobre papel jornal)

certo sentido concretiza a existência do grupo, onde a ação de cada um dos participantes produz algo, que é de todos.

Parece ter sido possível para o grupo funcionar como um todo. Neste sentido, o grupo pode expressar melhor suas fantasias e angústias. Dentro dessa perspectiva, o GTO pode vivenciar momentos potencialmente criativos, relacionados às atividades de música e ao conserto do envelope.

Sabemos que a maneira como um grupo se organiza para realizar as atividades que se propõe, faz parte do processo terapêutico. Além disso, sabemos o quanto é difícil para o paciente psicótico fazer atividades, manipular materiais e dar um significado à sua ação.

Para FERRARI (1991), isto acontece porque o paciente psicótico experimenta a impossibilidade do viver criativo, decorrente de um processo de desenvolvimento indiscriminado, daí a importância da criação de um espaço, de um campo transicional¹¹, onde o paciente ou o grupo possa experimentar novas formas de se comunicar, de fazer e de se relacionar com o fazer.

BENETTON (1991) também ressalta que a dinâmica existente na relação terapeuta-paciente-atividade compõe um campo transicional e redimensiona vários aspectos da terapia ocupacional, entre eles:

- a atividade, que pode ser vista como uma possibilidade de manter a realidade externa, ampliando assim o campo da consciência;
- a manipulação dos materiais e das atividades e a relação com o terapeuta, quando entendidos como objetos transicionais, que são facilitadores das verdadeiras relações objetais.

¹¹ Segundo WINNICOTT, (1975) os termos objetos transicionais e fenômenos transicionais compõem o campo transicional e designam a área intermediária de experiência entre o polegar e 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.

Em todos os fragmentos ilustrados anteriormente e ao longo do processo de observação, constatei que a maioria das atividades foram escolhidas livremente pelos pacientes do GTO.

As atividades de desenho, pintura e colagem freqüentemente foram as mais escolhidas. Eventualmente, um ou outro paciente escolheu confeccionar uma bijouteria, um carrinho de papelão ou uma escultura em argila.

5.2.2 Fragmentos relativos ao clima emocional do GTO

A seguir, procurei ilustrar como a atmosfera emocional subjacente ao grupo pode delinear seu funcionamento e sua dinâmica, de acordo com o que formulou BION (1970).

Fragmento 08

Neste atendimento estão presentes três pacientes: Henrique, Maria e José. Entram na sala e ocupam lugares à mesa. Ficam em silêncio. O silêncio permanece por alguns minutos.

Enquanto isso, José mexe em suas mãos, entrelaçando os dedos e, de vez em quando, olha para as pessoas do grupo e dá um ligeiro sorriso ...

Maria também entrelaça suas mãos. Mexe em seus dedos e em seus anéis.

Henrique parece olhar para o infinito. Está de frente para a janela e parece que seu olhar não se dirige a ninguém e a nada do grupo.

José perturba o silêncio dizendo:

- Ninguém vai falar nada? Vamos conversar.

Coord. - *Sò conversar, José?*

Maria, olhando para José, diz:

- *Você deve ter vergonha de falar.*

José - *Se eu tivesse vergonha de falar, não estaria falando com você.*

Silêncio.

Henrique - *Só se fizer colagem, né?*

Coord. - *Você é quem sabe.*

Maria - *Tem meu crochê. Eu tô fazendo crochê no outro grupo.*

Coord. - *Pois é, Maria, você está fazendo crochê em um outro grupo, aqui não. Mais tem outras atividades, outros materiais prá fazer.*

Maria, dirigindo-se à Coordenadora, diz:

- *Material meu? Será que tem alguma coisa minha, aqui?*

Coord. - *O que você acha? Será que tem alguma coisa sua aqui no grupo?*

Maria sorri e diz:

- *Fala sério, vai? Será que tem alguma coisa minha aqui?*

José - *Seria mais fácil que você indicasse a atividade.*

Coord. - *Ah, é! Seria mais fácil se tivesse alguém que controlasse, alguém que mandasse ...*

José - *Não, não é isso! Você poderia dar umas três sugestões de atividades. Aí, a gente escolhia. Eu, por exemplo, tenho vontade de fazer coisas, mas não tenho idéia. Não sei mexer com os materiais.*

Coord. - *É, parece que está difícil! É mais fácil falar, falar, do que fazer. Parece que é difícil escolher o material, a atividade ...*

Silêncio.

Henrique - *Quem é o dono do CAPS?*

Coord. - *Como?*

Henrique - *Bom, deve ter um dono, porque tem esse CAPS e o CAPS Aeroporto, né?*

Coord. - *Tem que ter um dono?*

Henrique - *É, fica mais fácil.*

Silêncio.

Comentário:

No fragmento 8 procurei ilustrar a atmosfera emocional do grupo, relacionando-a com a suposição básica descrita por BION (1970) como grupo de dependência. Nesta situação, o grupo se reúne para obter segurança de um indivíduo de quem depende. Há uma expectativa com relação à figura do coordenador.

Especificamente na descrição deste fragmento, José solicita que o coordenador do grupo determine a atividade: “(...) *você poderia dar umas três sugestões de atividades (...)*”. Henrique, por sua vez, pergunta quem é o dono do CAPS Integração. Parece ser necessário haver alguém responsável, alguém que proteja. Alguém de quem o paciente possa manter um vínculo de dependência e, neste caso, alguém que diga qual a atividade a fazer. O grupo parece supor que estão reunidos ali para receber do líder, no caso o coordenador do GTO, a sugestão do que devem fazer.

Quando o pressuposto de dependência predomina no grupo, o coordenador é visto como um líder revestido de poderes mágicos e onipotentes, que irá satisfazer todas as necessidades e desejos.

Para BION (1970), o grupo de dependência, ao exaltar uma pessoa, acaba por criar dificuldades para qualquer outra pessoa que queira ser ouvida, sendo que, aos olhos do grupo e de si mesmo, tal pessoa encontra-se numa posição de rivalidade com o líder. Como resultado, as pessoas acham que só estão sendo tratadas quando falam com o líder. Essa atitude acaba criando uma sensação desagradável e de desconforto. A relação de dependência que se cria entre os membros do grupo e o psiquiatra (o coordenador)

tem a função de proteger os membros do grupo da experiência de certos aspectos da vida de grupo, para os quais não se sentem preparados.

Um outro aspecto importante salientado por BION (1970) é que o psiquiatra deve ficar desconfiado quando sentir que está tratando dos problemas que o grupo acha que ele tem que tratar. Quando isto acontece, tanto o grupo de pacientes como o psiquiatra podem estar mantendo a estrutura refinada. Ressalta, ainda, que no tratamento de grupos, é importante que as intervenções do coordenador do grupo sejam baseadas em suas próprias reações emocionais. Tal importância se deve a aspectos relacionados à identificação projetiva¹². Na ilustração do fragmento acima, observou-se que a coordenadora do GTO procurou em suas intervenções, ao longo do atendimento, não responder à expectativa quanto ao papel que o grupo lhe havia atribuído, ou seja, funcionar como um líder capaz de suprir as necessidades do grupo.

Fragmento 09

Nesse atendimento estão presentes os seis pacientes do grupo.

Ana levanta-se e vai ao armário pegar material. Em seguida, José e Paulo fazem o mesmo.

Maria não quer fazer nada, e diz:

- *Quero sair.*

Coord. - *Vamos esperar o grupo acabar.*

¹² Segundo KLEIN (1991), a identificação projetiva está ligada a processos do desenvolvimento referentes à posição esquizo-paranóide, onde predomina a ansiedade persecutória. O ego encontra-se pouco integrado, podendo cindir a si próprio. A cisão do ego é uma das defesas fundamentais contra a ansiedade persecutória. A idealização, a negação e o controle onipotente de objetos internos e externos são outras defesas que surgem nesta fase. Identificação por projeção implica em uma combinação de excisão de partes do *self* e da projeção dessas em outra pessoa. Esses fenômenos influenciam as relações de objeto.

Raul também não pega nenhum material.

A coordenadora do grupo novamente intervém:

- Raul, você não quer fazer nada?

Raul *- Para eu fazer alguma coisa tem que bater um ar.*

Coord. *- A gente precisa pensar que ar é esse, né Raul?*

Maria *- Posso sair? Vamos lá fora conversar comigo?*

A paciente convida a coordenadora do grupo para sair com ela.

A coordenadora do grupo diz:

- Além de você não querer ficar aqui, quer que eu saia do grupo? Tem outras pessoas aqui, Maria Parece que está muito difícil ficar aqui no grupo, fazer alguma coisa aqui ...

Maria *- Tá difícil, sim. Se você não deixar eu sair, vai ter que me agüentar.*

Coord. *- A gente agüenta, Maria, o grupo agüenta ...*

Paulo, que havia iniciado sua atividade de colagem, comenta:

- Esses dias eu não saí do médico. Eu levava o guia para um, depois ele mandava eu voltar, depois fui na UNICAMP, é um vai e vem. Ninguém faz nada. A coisa pior do mundo é ser pobre!

Logo em seguida, Ana termina seu trabalho. Também havia escolhido fazer uma colagem. Diz que não quer falar nada sobre a atividade. Entretanto, dá início a uma fala:

Ana *- Minha cachorra ficou doente, mas eu cuidei dela. Comprei carne com osso, depois rezei, benzi e só depois ela melhorou. Eu falei para ela: Filhinha, a mamãe comprou carninha prá você, mamãe tá rezando, você vai sarar.*

Comentário:

No **fragmento 9** pode-se observar que o não querer fazer a atividade, fato que ocorreu com Maria e Raul, relacionava-se, num certo sentido, com o conteúdo dos relatos de Paulo e Ana durante o atendimento. Paulo faz referências, de modo geral, à não resolutividade de seu tratamento médico. “(...) *Esses dias eu não sai do médico (...) É um vai e vem (...) Ninguém faz nada (...)*. Ana, por sua vez, fala da doença de sua cachorra e dos cuidados dedicados ao animal.

O estado emocional do grupo apontava para questões referentes à validade do tratamento. O grupo parecia dizer não acreditar no tratamento, e, por conseguinte, na atividade; havia um clima de desconfiança e descrédito.

Penso que estamos falando do grupo, onde o presuposto básico é a fuga.

Fragmento 10

Estão presentes José, Maria, Ana e Henrique. Entram na sala de atendimento, sentam-se à mesa. Silêncio.

Ana - *Faltaram algumas pessoas, não quero fazer nada hoje.*

José levanta-se, e vai ao armário pegar material. Pega folhas de sulfite, revistas, lápis, cola e caneta, colocando tudo sobre a mesa.

Ana novamente diz:

Ana - *Não vou fazer nada. Ela também não faz nada (apontando para mim, a observadora).*

Maria inicia um desenho. Com uma caneta esferográfica, rabisca intensa e rapidamente a folha de papel. Em pouco tempo, termina essa atividade e, em seguida, dobra-a, colocando-a no bolso, dizendo:

- *Não vou mostrar nada prá ninguém. Aqui tem muito corregedor. Gente que pensa que sabe demais. Gente que quer se misturar com po-*

bre. Que quer roubar o marido dos outros. Cleópatras. Olha essa aí (apontando para mim).

Maria está exaltada. Parece estar com raiva.

Coord. - *Quer dizer que tem gente aqui que quer roubar o marido dos outros e não faz nada?*

Ana - *Por que ela não faz nada?*(apontando para mim)

Coord. - *Isso incomoda só à senhora, ou a mais alguém do grupo?*

Nenhum participante responde à coordenadora. Henrique não fala nada e olha a todos do grupo. José realiza a sua atividade e também não fala nada. Maria levanta-se e sai da sala, deixando a porta aberta. A coordenadora levanta-se, saindo em direção à porta para fechá-la. Em seguida diz:

- Parece que está difícil mesmo ficarmos aqui no grupo dividindo as coisas.

Silêncio. O clima emocional parecia ser de hostilidade.

Comentário:

No fragmento 10 pude constatar que a dinâmica que se estabeleceu no GTO relacionava-se ao ataque a um suposto inimigo, trata-se, portanto, do pressuposto básico denominado por BION (1970) de luta.

O clima emocional do GTO e especificamente as atitudes de Ana, de não querer fazer nada, e de Maria, com relação ao processo de realização da atividade de desenho, ao destino do produto final da atividade e os seus comentários durante a sessão, ilustram sentimentos de hostilidade, no caso contra a observadora, um suposto inimigo: “(...) aqui tem muito corregedor. Gente que pensa que sabe demais (...) que quer roubar o marido dos outros (...) olha essa aí (...)”

Os fragmentos 9 e 10 ilustram um tipo de solicitação onde o grupo fica perplexo pela diferença existente entre o que esperavam e o que realmente encontraram.

Segundo BION (1970), quando predomina o pressuposto básico de luta e fuga, as pessoas se reúnem em grupo com o objetivo de preservação do mesmo. Prevalece o sentimento de ira e ódio. Configuram-se duas forças opostas: o receio do grupo se constituir como tal e o perigo de morrer, se se constituísse.

Fragmento 11

Estão presentes Maria, Henrique, José e Paulo. Após entrarem na sala e sentarem-se à mesa, José e Paulo dirigem-se ao armário e pegam alguns materiais para realizarem atividade de colagem. Colocam sobre a mesa folha de papel, cola, tesoura e revistas. Sem que Maria e Henrique se oponham à realização dessa atividade, todos iniciam suas colagens.

Durante a realização da atividade, conversam sobre diversos assuntos. Maria comenta que fez exames de sangue e urina e que está grávida. Diz sentir-se muito feliz. Paulo relata sobre suas consultas ao oftalmologista. Diz que não vai mais ser operado do olho. José fala que seu médico psiquiatra no CAPS Integração possivelmente deixará o serviço (CAPS Integração).

Já no final do atendimento, como sistematicamente acontecia, os pacientes comentam sobre suas atividades.

Maria diz:

- Eu desenhei uma casa, umas estrelas, uma pessoa e um arco-íris.

Henrique explica sua colagem:

- Eu coleí um cantor, que está preso, algumas mulheres, que são modelos, um outro cantor e um dinheiro. Um dólar.

José fala que fez uma colagem de paisagens.

Finalmente, Paulo diz:

- Eu fiz uma colagem com uma foto do Rio de Janeiro, com o Cristo Redentor. Só ele pode salvar. Ele é nossa esperança.

O grupo fica em silêncio.

Comentário:

Na ilustração desse fragmento pode-se observar que os participantes do GTO expressavam sentimentos de esperança no futuro, manifestadas nas atitudes de Paulo. O sentimento que predominou no grupo sugere tratar-se do pressuposto básico de acasalamento.

Para BION (1970), neste tipo de grupo as idéias de esperança e otimismo expressas são realizações que se destinam a efetuar um deslocamento no tempo. Os sentimentos são opostos aos de ódio e destrutividade. Para que os sentimentos de esperança sejam sustentados, o líder do grupo deverá ser uma idéia ou uma pessoa que salvará o grupo; porém, para que essa idéia se sustente, a esperança messiânica nunca deve ser alcançada.

Fragmento 12

Estão presentes nessa sessão Henrique, Maria e José. Ao entrarem na sala, sentam-se à mesa. Silêncio.

Henrique - *Dia 18 foi meu aniversário.*

Coord. - *É, foi dia de grupo. Por que você não falou para o grupo?*

Henrique - *Achei que o grupo não ia se interessar.*

Coord. - *Você acha que o grupo não se interessa por suas coisas?*

Henrique - *Acho.*

Silêncio.

Maria - *Parabéns, eu não sabia.*

Maria cumprimenta Henrique, com um aperto de mão.

Coord. - *Não dá para gente saber, se as pessoas não falam, não é?*

Maria dirige-se à coordenadora e diz:

Maria - *Vamo canta parabéns? Dá parabéns para ele.*

A coordenadora do grupo não responde à intervenção de Maria

José - *Vamos fazer atividade.*

Silêncio. Os pacientes do grupo, incluindo Henrique, iniciam individualmente suas atividades e as realizam até o término da sessão. Comentam sobre assuntos diversos que vão desde a dificuldade de confeccionar uma atividade até assuntos como roupa bonita, dinheiro etc.

Não tocam mais no assunto aniversário.

Comentário:

No **fragmento 12**, Henrique verbaliza seus sentimentos com relação à estimativa que o grupo possa ter dele.

Quando a coordenadora do GTO pergunta a Henrique porque não havia comentado sobre seu aniversário, ele diz:

- *Achei que o grupo não ia se interessar.*

Henrique parecia acreditar que seu aniversário não era um fato importante para o grupo; sendo assim, estabeleceu uma estimativa da atitude do grupo com relação a si próprio.

BION (1970) defende a idéia de que o homem é um animal gregário, e que fenômenos mentais grupais são inerentes à mente humana, e podem ser percebidos nesse espaço de convivência grupal.

Esse autor observa que qualquer pessoa que tenha contato com a realidade, está sempre fazendo conscientemente ou inconscientemente uma estimativa da atitude do grupo para com ela própria. Esse fenômeno foi tomado como ponto de partida para sua investigação. Primeiramente, porque supôs que esse é um fenômeno existente na vida mental do indivíduo, e também porque a ascensão ou decadência da vida social de um grupo dependem dos juízos que os indivíduos fazem do mesmo.

De fato, retomando a situação descrita no **fragmento 12**, somente Maria dirigiu-se a Henrique para cumprimentá-lo. Os demais pacientes do grupo comportaram-se de modo a desviar-se do assunto, iniciando a realização de atividades e conversando sobre outros temas.

BION (1970) introduz também outros conceitos importantes como mentalidade de grupo, cultura de grupo e valência.

“A mentalidade do grupo é a expressão unânime da vontade do grupo, à qual o indivíduo contribui por maneiras de que não se dá conta, influenciando-o desagradavelmente, sempre que ele pensa ou se comporta de um modo que varie com as suposições básicas. Assim, trata-se de uma maquinaria de intercomunicação que é construída para garantir que a vida do grupo se acha de acordo com as suposições básicas ... A cultura de grupo é uma função do conflito existente entre os desejos do indivíduo e a mentalidade de grupo.”(BION, 1970).

Segundo o mesmo autor, o conceito de valência refere-se à presteza do indivíduo em entrar em combinação com o grupo na elaboração das suposições básicas. É uma função inconsciente e espontânea.

Os pressupostos básicos (dependência, luta e fuga, acasalamento) são elementos subjacentes à cultura de um grupo. Os indivíduos se combinariam, espontânea e involuntariamente, segundo os pressupostos que qualificam a mentalidade do grupo. Dessa forma, expressariam o conflito entre os desejos do indivíduo e a mentalidade do grupo, relacionando-se a reações grupais defensivas diante das ansiedades psicóticas, reativadas pelo dilema do indivíduo dentro do grupo e a regressão que lhe impõe esse dilema. (BION, 1970).

As contribuições teóricas propostas por BION (1970), algumas delas exemplificadas acima, auxiliam e ampliam a abordagem do terapeuta ocupacional no que se refere à compreensão da dinâmica e funcionamento de grupos.

5.2.3 Fragmentos relativos ao contexto dos atendimentos do GTO

Procurei, a seguir, ilustrar e comentar aspectos relacionados ao serviço - CAPS Integração e ao *setting* terapêutico ocupacional.

Fragmento 13

Estavam presentes nesse atendimento Maria, José e Henrique. O atendimento iniciou com atraso. Os pacientes entraram na sala e logo se mobilizaram, indo até o armário para escolher uma atividade e pegar o material.

Todos resolveram realizar uma atividade de desenho. Executaram a atividade individualmente e isoladamente. Foi uma sessão bastante silenciosa, quase não falaram entre si e nem se dirigiram à coordenadora.

Passaram-se longos minutos de silêncio quando a coordenadora do GTO solicita:

Coord. - *Vamos falar sobre os trabalhos?*

Os pacientes parecem não ouvir a solicitação da coordenadora, continuam realizando suas atividades.

Passados alguns minutos, a coordenadora solicita ao GTO que guardem o material, pois o tempo do atendimento havia acabado.

Os pacientes guardam os materiais no armário e as atividades no lugar de costume. Saem um a um da sala.

Comentário:

Antes de iniciar o atendimento, pude observar os pacientes do GTO que estavam presentes para aquele atendimento, nas dependências do CAPS Integração.

Henrique assistia televisão na sala de convivência. Maria e José estavam na área externa. José conversava com outro paciente do serviço.

Pareciam aguardar o início do grupo, pois várias vezes observei que tanto Maria como José dirigiam-se à frente da sala de atendimento do GTO e, em seguida, saíam.

Tive a impressão de que queriam se certificar se o atendimento havia começado.

No decorrer do atendimento, estranhou-me o silêncio. Relacionei-o a dois fatos. O primeiro deles referente ao atraso do início do grupo. Foram aproximadamente vinte minutos de atraso. O segundo, referente ao fato de que a sessão anterior já havia sido desmarcada, e, portanto, os pacientes não haviam realizado naquela semana nenhum atendimento do GTO.

Por ocasião daquele atendimento, logo que cheguei ao CAPS Integração, fui informada por uma funcionária que o atendimento do GTO começaria com algum atraso, pois a coordenadora estava em reunião. Era uma reunião com as equipes de saúde mental daquela região, e havia sido marcada em caráter de urgência.

Posteriormente, vim a saber que o atendimento anterior fora desmarcado também em função de uma reunião de supervisão, que acontecia uma vez por mês no serviço.

Ao longo do período em que observei o GTO, quatro atendimentos foram desmarcados.

Naquele atendimento, o silêncio dos pacientes, num certo sentido, podia estar dizendo do sentimento de abandono, da sensação de quebra e interrupção, enfim, de conteúdos internos que tanta ansiedade suscitam.

Penso que no atendimento terapêutico de um grupo, numa instituição¹³ pública de saúde mental, as interferências são freqüentes. Elas acontecem em função de atrasos, de reuniões extraordinárias e de urgência, de interrupções de vínculos empregaticios, entre outras razões. Não acredito que essas interferências inviabilizem o trabalho terapêutico. Entretanto, merecem ser analisadas para que possam ser tratadas a partir do contexto institucional.

Para BLEGER (1989), as instituições funcionam como um apoio, como identidade e inserção social do indivíduo, fazendo parte da personalidade do mesmo. Desta forma, não são só instrumentos de organização e controle social, mas também instrumentos de regulação da personalidade. Quanto mais integrada a personalidade, menos dependente é o indivíduo do apoio da instituição; quanto mais imaturo, mais dependente é dessa relação de apoio.

Nesse sentido, conforme comentei anteriormente, as interferências da instituição num trabalho terapêutico podem passar a ser elementos contrários ao crescimento do indivíduo ou do grupo, o que pode levar à alienação e à estereotipia.

"Existe em tudo isso, no entanto, um aspecto de considerável importância e do qual não quero passar por cima: poderia começar dizendo que toda organização tende a ter a mesma estrutura que o problema que deve enfrentar e para o qual foi criada. Assim, um hospital acaba tendo, enquanto organização, as mesmas características que os próprios doentes (isolamento, privação sensorial, déficit de comunicação, etc.)." (BLEGER, 1980).

¹³ Segundo BLEGER (1980), o conceito de instituição compreende diferentes significados. Esse autor utiliza o conceito de instituição para designar um conjunto de normas, padrões e atividades agrupadas em torno de funções sociais. Também define instituição como organização, considerando uma distribuição hierárquica de funções, dentro de um edifício ou espaço delimitado. No texto acima, o termo foi utilizado na acepção de organização, descrita pelo autor.

Fragmento 14

Os pacientes presentes Henrique, Maria, José e Raul já haviam iniciado suas atividades e as executavam individualmente. Raul e Henrique escolhiam revistas a fim de realizar uma colagem. José dava continuidade à fase final da confecção de um carrinho de papelão, iniciado há três sessões. Os pacientes estavam envolvidos com suas atividades. Os diálogos aconteciam entremeados por períodos de silêncio e eram quase sempre dirigidos à coordenadora do GTO, no sentido de comentar algo sobre a atividade.

De repente, uma paciente que não era do grupo começou a gritar em frente ao portão do CAPS Integração. Falava alto, xingava, estava agitada e nervosa. Um psicólogo e um psiquiatra do serviço foram até o portão na tentativa de acalmá-la. Ela, porém, jogou-se na calçada, gritando ainda mais alto, e começou a atirar pedras naqueles que estavam tentando acalmá-la.

Todos os pacientes do GTO puderam presenciar aquela situação, pois a janela da sala de atendimento estava aberta, e tudo se passava à frente.

Dentro da sala de atendimento Maria sorri. Henrique diz:

- Que barulho infernal!

Raul fala para a coordenadora do GTO:

- Quando a gente melhora, o pessoal de casa piora, entende?

Coord. *- Como assim, Raul?*

Raul *- Meu pai tá meio estranho, sabe? Ele vai no banheiro e demora ... Não sabe se vai fazer a barba, entende? Ele fica meio assim perturbado. Parece coisa de macumba, entende?*

Coord. *- Não, não entendo. Alguém do grupo entende?*

Ninguém fala nada.

Raul *- Eu não consigo fazer nada. Eu queria fazer uns trabalhos, mas tem essa macumba, que é que nem uma voz, que fica me dizendo que eu não presto ... Antes, eu tentei trabalhar. Eu gostava de mulheres, mas*

nunca deu certo. Nunca eu consegui, entende ... Eu fico assim, com um "deuzinho" dentro de mim. Um "deuzinho" que parece que tá perto, mas quando a gente vai ver, tá longe. Eu tento controlar, mas eu não consigo. Tem esse lado ruim, da raça preta, entende?

Comentário:

A ilustração do fragmento 14 possibilitou-me a reflexão de dois aspectos. O primeiro deles relacionado diretamente à situação vivenciada pelos participantes do GTO, que presenciaram a agitação de uma paciente em frente ao CAPS Integração. O segundo, ainda que de modo indireto, relacionado à intervenção, naquela situação, de dois membros da equipe técnica (um psicólogo e um psiquiatra), o que levou-me a refletir sobre questões referentes ao trabalho em equipe multidisciplinar.

Com relação ao primeiro aspecto, penso que a agitação da paciente em frente ao serviço parece ter provocado uma reação no grupo.

Henrique referiu-se a "um barulho infernal". Em seguida, Raul comenta sobre o comportamento estranho de seu pai, passando a relatar suas próprias dificuldades.

"(...) Eu não consigo fazer nada. Eu queria fazer uns trabalhos, mas tem essa macumba, que é que nem uma voz (...) Eu fico assim, com um "deuzinho" dentro de mim (...) Eu tento controlar, mas eu não consigo (...)"

Parece que Raul pode se identificar com o comportamento da paciente que gritava, associando-o à falta de controle.

Muitas vezes verificamos num grupo terapêutico as dificuldades do paciente entrar em contato com seus conteúdos internos. Por um lado, o paciente sente necessidade de se tratar, e portanto está ali, participando do grupo; por outro, a resistência e a ansiedade de entrar em contato com seu mundo interno, que o impede. Constata-se uma ambivalência de sentimentos, bem como a presença de diversos mecanismos intrínsecos no funcionamento de um grupo.

Ao longo desta dissertação, tenho procurado abordar algumas possibilidades de intervenção da terapia ocupacional, a partir da compreensão desses aspectos intrínsecos do funcionamento de um grupo. Entretanto, devo salientar a existência de limites que se impõem à própria intervenção da terapia ocupacional. Sendo assim, considero de fundamental importância que os aspectos intrínsecos do funcionamento de um grupo terapêutico, assim como outros aspectos, possam ser trabalhados e analisados em diferentes níveis, por outros profissionais da equipe técnica.

Conforme procurei ilustrar no **fragmento 14**, diante de uma situação em que uma paciente do serviço encontrava-se exaltada, nervosa, agitada, um psicólogo e um psiquiatra intervieram prontamente.

Penso que o trabalho junto ao psicótico num serviço de saúde mental, que tem por objetivo uma proposta diferenciada de assistência, envolve diversas medidas terapêuticas, que devem estar articuladas em torno da proposta de facilitar o processo de reconstituição da história do paciente. Além disso, essas intervenções terapêuticas devem estar orientadas no sentido de propiciar a relação com o outro, criando-se condições para a produção dessa relação.

Os grupos de psicoterapia, os atendimentos individuais, os grupos de terapia ocupacional, a utilização de psicofármacos e a relação de continência são instrumentos que devem ser utilizados segundo o processo de cada paciente. O técnico responsável por cada uma dessas formas de intervenção deve enfatizar a troca de informações, a interrelação com os demais membros da equipe e a experiência oriunda de uma forma de atuação que tem suas especificidades, mais que não pode estar cristalizada, permitindo um certo trânsito entre os membros da equipe e a complementariedade de ações.

Fragmento 15

Nesse atendimento estavam presentes Henrique, Maria, Raul, José e Paulo.

Após entrarem na sala e sentarem-se à mesa, Henrique sugere:

- Vamos fazer colagem? Tem revista?

José levanta-se e vai ao armário. Pega algumas revistas, umas sete, colocando-as sobre a mesa. Pega também dois tubos de cola, duas tesouras e papel sulfite, e distribui aos outros participantes.

Todos iniciam suas atividades. Cada um individualmente, vai folhando as revistas e selecionando figuras.

Diferentemente dos demais, Maria resolve fazer um desenho e vai ao armário pegar uma caixa de lápis.

Já havia se passado mais da metade do atendimento. Henrique, Raul e José haviam terminado suas colagens, quando a coordenadora do GTO diz:

- Vamos falar um pouco sobre os trabalhos que vocês fizeram?

José inicia contando:

- Eu fiz uma colagem de paisagem. Aqui, eu coloquei uma prancha de surf ...

Em seguida, Paulo diz:

- Eu fiz uma colagem de cidade ...

Henrique *- Eu coleí algumas mulheres que são modelos.*

Maria *- Eu desenhei uma paisagem.*

Após todos comentarem sobre suas atividades, a coordenadora do GTO diz:

- Vamos guardar os materiais, pois o tempo de atendimento está acabando.

Henrique levanta-se, vai ao armário, pega o envelope e começa a guardar os trabalhos. Guarda inicialmente o seu, depois o de Raul, José e Paulo.

Maria levanta-se e prefere guardar a sua atividade sem a ajuda de Henrique

Levantam-se e saem da sala.

Comentário:

Na maioria dos fragmentos descritos anteriormente nesta dissertação, procurei dirigir minha atenção aos aspectos relacionados à forma como os pacientes eram mobilizados para entrarem na sala de atendimento, sentavam-se à mesa, escolhiam suas atividades, dirigiam-se ao armário para pegar material, descrevendo também como, ao final do atendimento, comentavam as atividades desenvolvidas, guardavam seus trabalhos e arrumavam a sala.

Como já foi dito, estes aspectos constituem parte do *setting* terapêutico.

Penso que todas essas ações possibilitaram aos pacientes se mobilizarem, ora em busca do material, ora em busca da experimentação - fazer algo - ora em busca do contato com o outro.

Depreende-se desses relatos que alguns dos elementos que compuseram o atendimento, como a mesma sala, o mesmo horário, a mesma atitude de chamar os pacientes para o atendimento, o mesmo armário, o mesmo local para se guardar as atividades realizadas, entre outras, possibilitaram a constituição de um espaço que, pouco a pouco, pode ser reconhecido pelo paciente, dando-lhe segurança.

A partir da constituição deste espaço, os pacientes do GTO tiveram a possibilidade de vivenciar, ao longo do processo terapêutico, diferentes formas de expressão e contato interpessoal, aspectos fundamentais numa abordagem de terapia ocupacional psicodinâmica.

MEDEIROS (1994) ressalta que uma das características importantes do processo terapêutico ocupacional é o fato do profissional ter que trabalhar num *setting* terapêutico mais aberto. Isto se dá em função de que as atividades impõem múltiplas variáveis no processo de sua execução. Para a autora, o desenrolar da atividade vai dando um sentido e a direção do processo, e o profissional terapeuta ocupacional acaba lançando mão de recursos que estão na esfera de sua criatividade e de sua subjetividade, o que propicia um espaço de aprendizagem e transformação a cada "encontro-atividade" com o outro.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar este trabalho de dissertação, penso ser necessário tecer algumas considerações, ainda que de forma sintética, a respeito de idéias e temas que foram sendo expressos ao longo dos capítulos, e que pareceram-me relevantes. Entretanto, devo salientar que num trabalho de dissertação como este, inúmeras questões ficarão em aberto, podendo ser analisadas futuramente, em outras pesquisas.

Inicialmente estabeleci uma trajetória que teve por objetivo descrever alguns dados históricos sobre a saúde mental e a terapia ocupacional. Procurei, então, resgatar aspectos referentes:

- ao surgimento e ao fortalecimento do hospital psiquiátrico, enquanto uma estrutura central da assistência psiquiátrica;
- à tendência de exclusão do doente mental na assistência psiquiátrica brasileira, desde os seus primórdios;
- aos movimentos políticos e às diretrizes de assistência à saúde mental no Brasil, nas últimas décadas;
- à relação do processo de constituição de uma determinada prática em saúde - a terapia ocupacional - com assistência psiquiátrica.

Entendia que o resgate e a retomada desses aspectos poderia facilitar a compreensão de todo um processo de reformulação que vem ocorrendo na área da saúde mental, e que vem possibilitando a construção de um modelo assistencial extra-hospitalar.

Nesse novo modelo, que vem se constituindo, passam a ser enfatizadas medidas menos restritivas de atenção à saúde mental. Prioriza-se o trabalho em equipe multidisciplinar. Criam-se novos serviços como os centros de convivência, as cooperativas, os núcleos e centros de atenção psicossocial. A construção desses novos serviços aponta para a necessidade de um aprofundamento e de um enfrentamento, tanto técnico como teórico, de questões referentes à assistência do doente mental.

Penso que a modesta contribuição desta dissertação está em auxiliar, com alguns elementos, nas reflexões relativas à assistência do doente mental, considerando a inserção e a participação da terapia ocupacional na construção desses serviços.

Foi a partir desse contexto e dessa visão relativamente panorâmica, que alguns elementos do objeto de investigação puderam ser introduzidos.

Acho importante num estudo de grupo entender o contexto e a realidade em que ele se insere.

Ao elaborar uma breve descrição do CAPS Integração, ressaltaram-se a equipe multidisciplinar, a dinâmica de funcionamento, o desenvolvimento de diferentes programas de atendimento ao doente mental, e algumas características da população. Constataram-se as dificuldades e os desafios encontradas pela equipe técnica do serviço para a implantação dos programas de atendimento.

Além disso, observaram-se entre os profissionais da equipe técnica, as diferentes formas de abordar e entender o doente mental, bem como as estratégias propostas para superação dos conflitos.

Especificamente com relação à terapia ocupacional, priorizou-se aprofundar o entendimento de uma das abordagens existentes no serviço: a psicodinâmica.

Um outro aspecto a ser ressaltado refere-se ao método utilizado para o desenvolvimento deste trabalho. Trata-se de uma dissertação onde discorri sobre a atuação da terapia ocupacional junto a um grupo de pacientes psicóticos em um CAPS Integração do município de Campinas. Fundamentalmente estiveram envolvidos fenômenos humanos e interrelacionais. Estes foram tratados a partir dos critérios das ciências hermenêuticas, considerando o método clínico.

O exercício clínico, segundo CARVALHO (1992) compreende a relação entre duas pessoas: uma que pede ajuda, e outra que a acolhe. Nesse sentido, a escuta, a observação, a relação, a experiência vivida, são elementos fundamentais do método.

Apenas recapitulando, os fragmentos utilizados para ilustrar as vivências do GTO foram selecionados a partir de um vasto material clínico e foram descritos tendo em vista conteúdos como a atividade, o clima emocional e o contexto de atendimento.

De modo geral, nos fragmentos relativos à atividade, observou-se que:

- a maioria das atividades realizadas pelos pacientes do GTO foram a pintura, o desenho e a colagem, escolhidas livremente;
- por meio do processo de realização das atividades, os pacientes do GTO puderam expressar e comunicar sentimentos, estabelecer contatos interpessoais, explorar e vivenciar novas formas de fazer e de se relacionar com o fazer;
- a utilização de atividades ao longo de um processo terapêutico possibilita que o terapeuta ocupacional, juntamente com o paciente, estabeleça associações entre o processo de realização das atividades e seu produto final, facilitando a composição de uma “trilha associativa”.

Assim sendo, percebe-se a importância da prática clínica da terapia ocupacional a partir de uma perspectiva psicodinâmica, enquanto mais uma possibilidade e modalidade de intervenção no atendimento de um grupo de pacientes psicóticos.

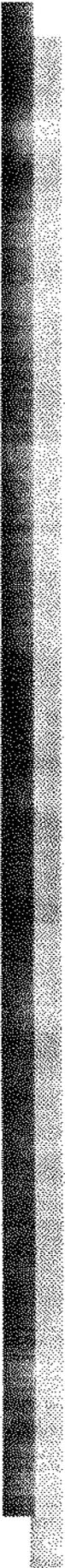
Da análise dos fragmentos relativos ao clima emocional, destaca-se que a abordagem realizada a partir de alguns pressupostos teóricos formulados por BION (1970) foi significativa no sentido de ampliar o entendimento da dinâmica e do funcionamento do GTO.

A descrição de algumas das expressões (fala, gestos) dos participantes do GTO, que ilustraram as suposições básicas de dependência, luta-fuga e acasalamento, possibilitou uma visão dos fenômenos mentais grupais. Desse modo, o grupo pode ser entendido como um todo.

Já da análise dos fragmentos relativos ao contexto de atendimento, destacaram-se tanto os aspectos relacionados ao serviço como aqueles relacionados ao *setting* terapêutico ocupacional. Percebeu-se que interferências como atrasos no início no atendimento de um grupo, interrupções de vínculos empregatícios de profissionais, entre outros, po-

dem vir a funcionar como elementos contrários ao desenvolvimento e crescimento do grupo.

Além disso, observou-se ser de fundamental importância, numa proposta assistencial como a que se objetiva no CAPS Integração, a realização do trabalho em equipe multidisciplinar onde haja possibilidade de se construir um espaço de reflexão e de intervenções coletivas, além de novas práticas e conhecimentos.



7. SUMMARY

This paper discuss some possibilities of actuation of occupational therapy - psychodynamic approach - to a working group of psychotic patients. To accomplish this, systematic observations of the working group were conducted in a Psycho-social Treatment Center at Campinas - SP. As an introduction, several historical aspects were considered, mainly concerned to mental health and occupational therapy. In a second step, it was focused the method utilized to work with clinical material obtained from the observations. A characterization of the Psycho-social Treatment Center was performed, with respect to the technical team (staff), installations (physical area), working dynamics and general assistance developed. Several fragments of clinical material were selected and analyzed for the study of group dynamics. At last, aiming an effective contribution for the study of the actuation of occupational therapy in mental health area, reflections and further considerations about the adopted theoretical basis were done.



***8. REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. *História da Psiquiatria*. 2.ed. São Paulo: Ibrasa, 1980. 573p.

ARRUDA, E. *Terapêutica ocupacional psiquiátrica*. Rio de Janeiro: s.n., 1962. 239p.

ARRUDA, S.L.S. *Grupo de encontro de mães: vivências clínicas do seu funcionamento em um ambulatório clínico de saúde mental infantil*. Campinas, 1989. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

ARRUDA, S. L. S. *Vivências clínicas de um grupo de mães cujos filhos estão em ludoterapia*. Campinas, 1991. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *Referências bibliográficas*. (NBR 6023). Rio de Janeiro, 1989. 19p.

AZIMA, H., AZIMA, J. Esboço de uma teoria dinâmica da terapia ocupacional. In: *Terapia Ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria*. (Textos traduzidos e compilados pelos cursos de graduação em Terapia Ocupacional da FCMBH e PUCCAMP), Campinas, 1979, p.115-27. mimeo.

BARROS, D. D. *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste*. São Paulo, 1990. 160p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- BENETTON, M. J. *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*. São Paulo:Lemos, 1991. 113p.
- BENETTON, M. J. *Terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. Campinas, 1994. 190p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- BION, W. R. *Experiências com grupos*. 2ed. Rio de Janeiro: Imago , 1970. 185p.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 453p.
- BLEGER, J. *Psicanálise do enquadramento psicanalítico*. In: ---. *Simbiose e ambigüidade*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977. cap.6, p.311-328.
- BLEGER, J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes, 1980. 113p.
- BLEGER, J. *Psicologia institucional*. In: ---. *Psico-higiene e psicologia institucional*. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. cap.2, p.31-70.
- BRASIL. *Projeto de lei n. 3657-B*, 14 dez. 1990. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados, 1990. 2p.

- CAMPINAS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. *O modelo de atenção em saúde mental de Campinas*. Campinas, 1994. 20p.
- CAMPINAS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. *Propostas de organização em saúde mental*. Campinas, Grupo de trabalho de saúde mental, 1987. 9p.
- CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992. p.17-33.
- CARVALHO, R. M. L. L. *Ludoterapia psicanalítica com crianças e adolescentes institucionalizados*. Campinas, 1992. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. *Formulário*. Campinas: Prefeitura Municipal. Sistema Unificado de Saúde, 1993. 1p.
- CERQUEIRA, L. *Pela reabilitação em psiquiatria: da praxiterapia à comunidade terapêutica*. Rio de Janeiro: Gráfica Brasil, 1965. 147p.
- CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984. 306p.
- CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL, 1, 1987, Rio de Janeiro. *Relatório final*. Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Ministério da Saúde, 1988.

CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL, 2, 1992, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Divisão de Saúde Mental. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Ministério da Saúde, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Centro de Documentação. Ministério da Saúde, 1987.

DIAS, I. M. *A história da psiquiatria no estado de São Paulo: sob o signo de exclusão*. São Paulo, 1985. 329p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

FERRÃO, M. et al. *Projeto centro de atenção psicossocial* (projeto elaborado a pedido da Secretaria Municipal de Saúde por um grupo de trabalho). Campinas. 1992.

FERRARI, S. M. L.; AGUIRRE, B. Aspectos do funcionamento da clínica de grupos e sua especificidade na terapia ocupacional. *Bol. de Psiq.*, v.22/23, p.21-23, 1990

FERRARI, S. M. L. O nascer das palavras através do fazer. *Rev. Ter. Ocup. USP*, São Paulo, v.2, n.1, p.12-15, 1991.

FERRAZ, M. P. T., MORAIS, M. F. L. Política de saúde mental: revisão dos dois últimos anos. *Arquivos da coordenadoria de saúde mental do Estado de São Paulo*, v.45, p.11-22, 1985.

FIDLER, G. S., FIDLER, J. W. *Occupation therapy: a communication process*. New York: Macmillan, 1963. 273p.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1975. 99p.

FOUCAULT, M. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.

FRANCISCO, B. R. *Terapia Ocupacional*. Campinas: Papyrus, 1988.

GODOI, A. M. M. *Espaço urbano e doença mental: estudo de morbidade psiquiátrica em Brasília*. Ribeirão Preto, 1994. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

GOLDBERG, J. I. *A doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas*. São Paulo, 1992. 114p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

GONÇALVES, J. *Do asilo à comunidade terapêutica*. São Paulo, 1964. 173p. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

HOLLANDA, A. B. *Novo dicionário aurélio da língua portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838p.

KIRSCHBAUM, D. I. R. *Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50*. Campinas, 1994. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

- KLEIN, M. *Imveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Trad. Elias Mallet da Rocha, Liana Pinto Chaves (coordenadores) e colaboradores. Rio de Janeiro: Imago, 1991. 398p.
- LADRIÈRE, J. *A articulação do sentido*. São Paulo: EDUSP, 1977.
- LANCMAN, S. *A loucura do outro: o Juqueri no discurso de seus protagonistas*. Salvador, 1988. 197p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal da Bahia.
- LANCMAN, S. A norma psiquiátrica e as leis. *Rev. Ter. Ocup. USP*, São Paulo, v.2, n.4, p.1164-172, 1991.
- MAC DONALD, E. M. et al. *Terapêutica ocupacional en rehabilitación*. Barcelona: Salvat, 1972.
- MACHADO, R. M. C. et al. *Danação da norma: medicina social e constituições da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.
- MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 5ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. Introdução, p.VII-XXIII.
- MAGALHÃES, L. V. *Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição*. Campinas, 1989. 145p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.

- MAMBRINI, S. B. *Dados sobre o processo de implantação do Centro de Atenção Psicossocial Integração*. Campinas: Prefeitura Municipal, 1995. 36p. (Mimeogr.)
- MATTOS, H. O. *Labortherapia nas affecções mentaes*. São Paulo, 1929.. Tese (Inaugural da Cadeira de Psiquiatria)
- MAXIMINO, V. S. O atendimento em grupos de terapia ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v.1, n.2, p.105-119, 1991.
- MAXIMINO, V. S. A constituição de grupos de atividades com pacientes graves. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v.1, n.1, p.27-32, 1995.
- MEDEIROS, M. H. R. *A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para Terapia Ocupacional*. Campinas, 1994. 202p. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- NASCIMENTO, B. A. *Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas*. São Paulo, 1991. 150p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- NICÁCIO, M. F. S. *Processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. 155p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implantação. In: *Conferência regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica*, Caracas, 1990. Brasília: Ministério da Saúde e ABRASCO, 1992.

PITTA-HOISEL, A. M. *Sobre uma política de saúde mental*. São Paulo, 1984. 161p. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

RESTITUTTI, M. C. (Org.) *Projeto saúde mental: informações sobre Campinas para o projeto "ZISG - Campinas"*. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas, 1993.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes e Abrasco, 1990. cap.1, p.15-74.

REZENDE, A. M. Psicanálise e filosofia da ciência: a questão da verdade. *IDE*, v.14, p.21-24, 1987.

ROCHA, F. *Hospício e colônias de Juquery: vinte anos de assistência aos alienados em São Paulo*. São Paulo: [s.n.], 1912.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria da Saúde. Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e ambulatórios de saúde mental. *Arquivos da coordenação de saúde mental do Estado de São Paulo*, v.18, n. Especial, p.1-41, 1983.

SEMEGHINI, U. C. *Do café à indústria: uma cidade a seu tempo*. Campinas: Editora da Unicamp, 1991. 197p.

SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO DO HOSPITAL DIA, I, 1991, Campinas. *Relatório*. Campinas: Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal, 1991.

SILVEIRA, N. *Terapêutica ocupacional: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 1976. 66p.

SILVEIRA, N. O mundo contemporâneo é impaciente. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 24 jan. 1987. *Cultura*, p.1-3.

SOARES, L. B. T. *Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Carlos, 1987. 243p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos.

TANAKA, O.Y. A municipalização dos serviços de saúde no estado de São Paulo. *Revista Saúde em Debate*, v.33, p.73-79, 1991.

VALENTINI JÚNIOR, W.A.H. *Manual de organização: serviço de saúde "Dr. Cândido Ferreira"*. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal, 1993. 10p.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 207p.

ZIMMERMANN, D. *Estudos sobre psicoterapia analítica de grupo*. São Paulo: Mestre Jou, 1971.

Referências bibliográficas executadas de acordo com a ABNT (1989)