

HABILITAR — REABILITAR...

O REI ESTÁ NU?

Denise Dias Barros *

BARROS, D.D. Habilitar — Reabilitar... O rei está nu? Terapia Ocupacional, São Paulo, v.2, n.2/3, p.100-104, 1991.

Resumo

Este artigo apresenta uma reflexão sobre as instituições de reabilitação, buscando, entretanto, focalizar conflitos e imprecisões que foram se sedimentando e se sobrepondo à noção de reabilitação no interior dos desdobramentos que se processaram durante as últimas décadas. A configuração do atual sistema de saúde foi desenvolvida a partir da racionalidade técnico-científica, mostrando, hoje, suas fragilidades e necessidade de um redimensionamento que supere a dicotomia entre a dimensão técnica e aquelas sociais, políticas e antropológicas. Valorizando, por outro lado, as soluções locais e os diferentes saberes que surgem no campo de ação dos operadores de saúde. Isto é, dos saberes dos diferentes atores (técnicos, familiares, pacientes, outros grupos e pessoas da própria comunidade).

Descritores

REABILITAÇÃO. PROMOÇÃO DA SAÚDE, tendências.

“Quanto à razão, não se trata de a fazer ceder o lugar à desrazão. O que nos ameaça, tal como o que nos serve, é menos a razão do que as formas diversas de racionalidade, uma acumulação de racionalizações que informam e são utilizadas tanto no sistema penal como no sistema hospitalar ou no sistema de ensino.”

(Blanchot, “Foucault como o imaginário”, p.44)

R.É.A.B.I.L.I.T.A.Ç.Ã.O., noção formulada e desenvolvida a partir das duas guerras mundiais. Existe uma forte necessidade de atualizarmos seus significados e conotações... Continuar!

Para retomarmos a discussão sobre Reabilitação é preciso indagar nossa memória e assumirmos uma postura permeada pela crítica às instituições de reabilitação da década de noventa, cientes, entretanto, de que sua estréia não é recente. Torna-se imprescindível decompor os conteúdos e significados que foram se sedimentando e erguendo valores e formas de organizações que são, agora, atributos de reabilitação (reabilitar ou habilitar).

O processo interpretativo, portanto, deve ser aberto e a análise e reelaboração, constantes. Desta forma, devemos re-introduzir o conceito e o debate sob novos horizontes e perspectivas, favorecendo as necessárias

* Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FM-USP. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar — Sala 2, São Paulo, 04612

inovações. Para que seja possível sair do mundo auto-suficiente do discurso seria interessante promovermos debates e estudos que pudessem redimensionar a noção de Reabilitação:

1. localizando conceito e instituições em seu contexto político e histórico para esclarecer algo sobre os nexos entre instituição e sociedade, entre reabilitação e cidadania.

2. analisando a instituição reabilitadora (que pode ser para menores, loucos, para pessoas portadoras de deficiências físicas ou sensoriais) quanto aos mecanismos internos de sua organização, funcionamento e quanto aos objetivos proclamados (do discurso) e efetivados (das práticas).

Hoje, quando se fala em Reabilitação somos remetidos a, pelo menos, duas fortes imagens imediatas, ou seja, à idéia da recuperação de uma determinada capacidade funcional (física ou mental) e, à preparação para o trabalho, se possível remunerado. Nesse caso a reabilitação vem chamada de profissional.

De onde viria, no entanto, esse sentimento misto de estranhamento, satisfação e incredulidade quando repropomos a Reabilitação como questão ainda a ser debatida em 1991?

Qualquer resposta simples tende a escorregar em reducionismo fácil. A noção de reabilitação pertence a um contexto de referência histórica onde entra em cena a organização das sociedades ocidentais que nos conduz ao universo ético proposto pelos princípios da Revolução Francesa. Refere-se, portanto, a valores sociais proclamados no séc. XVIII, reatualizados pela Declaração dos Direitos Humanos, na Convenção de Genebra. A implantação do Estado de Direito está diretamente vinculada à noção de cidadania estendida a todos os segmentos da sociedade, sendo assim, o acesso à vida social, política e aos bens da sociedade do progresso, tornam-se questões públicas, não apenas individuais. Será, mais precisamente, no interior das políticas de promoção

do Estado do Bem Estar Social que devemos inscrever nosso debate, observando seus efeitos no chamado primeiro mundo e a exportação desta ideologia para os países abaixo da linha do equador.

Pode-se dizer que as políticas do Welfare State foram elaboradas nos anos 30, quando se implementou os passos iniciais para criar sistemas assegurativos gerais e de saúde para todos, mas vai amadurecer como modelo logo após a Primeira Guerra Mundial e ganhar força máxima nos anos 50/60 na Europa e EUA, quando se observou uma enorme expansão das instituições assistenciais.

No entanto, já no início da década de 70, o Estado Assistencial todo poderoso entrou em crise, verificando uma retirada do Estado e recuo em suas promessas de garantidor da assistência, destinando ao setor privado grandes parcelas de gestão de problemas sociais, principalmente nos EUA. Um novo diálogo seria estebelecido entre privado e público, entre sociedade civil e política, mas com formas e conteúdos bastante diferentes entre o processo americano e aquele dos países sociais-democratas da Europa Ocidental.

No caso brasileiro, o Estado, que jamais promoveu a implantação real do Estado de Direito, criou e institucionalizou uma política baseada no Seguro Social, e um modelo de cidadania restrita e regulada. O princípio da universalização dos direitos e equidade de acesso aos serviços foram muito recentemente incorporados ao nível do discurso, sendo atualmente previsto na nova Carta Constitucional. No entanto, como evidencia Paulo Sérgio Pinheiro, no Brasil o "Estado de Direito, para as classes dominantes, funciona como uma retórica que em alguns momentos só tem uma função encantatória" pois utiliza como referência em situações de crise sem que implique em efetiva aplicação (KEHL, 1990, pág. 57).

Devemos, por isso, ter presentes este estado de pré-cidadania que marca as relações sociais e de trabalho no Brasil para avaliar

mos os efeitos que esta situação impôs àquelas pessoas que tenham necessidade de assistência e apoio para poder participar da vida social e econômica. Na esfera da reabilitação existe uma presença marcante de organizações filantrópicas e serviços públicos precários, fragmentados e fragmentadores, e inúmeros pequenos serviços em clínicas privadas (OLIVER, 1990). Discute-se ainda hoje a necessidade da efetiva implantação de um Estado que garanta a universalidade dos direitos, crie leis e assegure que serão respeitadas e aplicadas.

As instituições de reabilitação do país permanecem vinculadas ao princípio custodial, impondo a seus usuários uma relação de tutela, coerente com o papel de administração e controle social, sua principal (mas nem sempre explícita) atribuição. A modernidade ocidental produziu, criou e desenvolveu uma forma preferencial de conhecer e definir as soluções para os problemas que identifica: a racionalidade científica. Apesar dos enormes esforços promovidos pela ciência, o conceito e as práticas de saúde não podem, como muitas vezes querem fazer crer, escapar ou esquivar-se à lógica de ordenação social, de normatização, que devem também, cumprir as instituições de saúde (FOUCAULT, 1979).

No limite de uma infinidade de tramas, traumas, traumatismos eventuais que podem nos acometer durante a vida, estão aquelas situações e pessoas cujas deficiências dificultam ou impossibilitam a vida social, civil e política. Nestes casos (mas não apenas) produzir saúde é função, hoje, da comunidade científica, dos profissionais e das instituições específicas. No entanto, o saber inscreve-se também na dinâmica de poderes e de valores que se produzem no país e a discussão sobre a reabilitação, como suas instituições e técnicos, não podem negar o efeito de retórica vazia no sentido que terminam por produzir. Distantes e sem conexão com a realidade e necessidade de seus usuários, a pessoa que consegue acesso aos poucos serviços de reabilitação deverá su-

perar mais uma barreira: o ritual da humilhação, de afronta a sua inteligência, de infantilização que lhe impõem os "senhores do saber" (ROCHA, 1991).

As formas que adquiriram as instituições atuais são o resultado de uma racionalidade que é racionalismo formal e que prevê uma conexão eficaz e direta entre problema e solução, entre norma, interesse e o atenuar-se de uma tensão pré-estabelecida e implementada através de programas de ação dentro de uma nítida separação entre política (planejamento) e administração (execução). Realiza uma outra conexão, entre política e ciência, num processo que conduz, inúmeras vezes, à cientificação da política. Neste quadro, toda mudança é pensada nos termos propostos pelas inovações técnico-científicas e, desta forma, um único ator entra em cena e recita pateticamente o atual e desinteressante "monólogo do especialista". Crise! Ninguém está satisfeito.

Surge para os usuários diretos e indiretos, para os profissionais e para as instituições um desafio que se apresenta quase como um impasse, de um lado o técnico forçando ao máximo seu conhecimento e sua busca por novos saberes específicos, de outro os usuários silenciosos, abandonando os tratamentos ou questionando técnicos e instituições. Os objetivos e as promessas realizadas não se tornam, na esmagadora maioria das vezes, realidade.

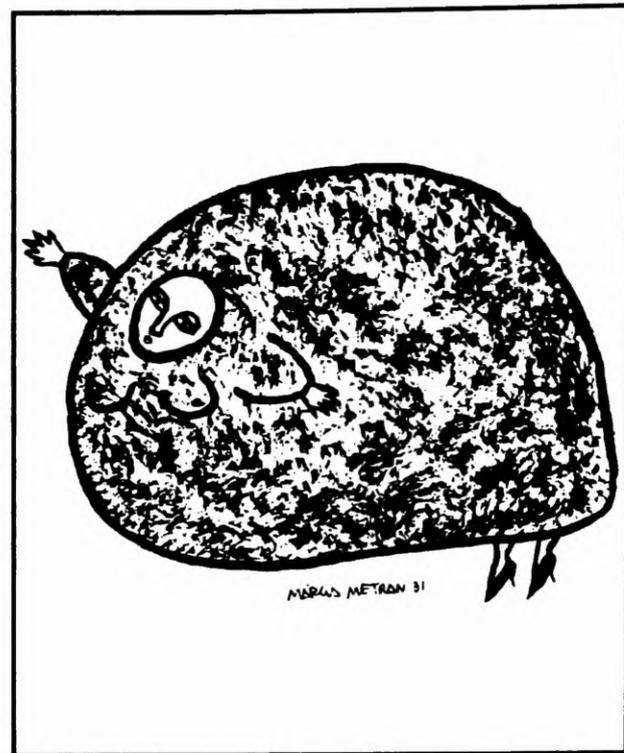
O momento é grave, importante analisar criteriosamente acertos e desacertos das práticas inovadoras que tem sido produzidas na Europa desde o pós-guerra e mais recentemente no Brasil para colher suas riquezas, reescrevendo e inventando possibilidades onde não se permita a perda na complexidade das realidades, aconchegando-nos, rapidamente, noutro reducionismo. Talvez a maior eficácia não se encontre, necessariamente, na tecnologia mais avançada, no progresso da ciência. Talvez seja necessário aproximarmos nossos conhecimentos antropológicos, culturais, artísticos

e éticos daqueles científicos. Necessitamos de técnicos capazes de valorizar e potencializar inovações como produtos sociais, isto é, que captando os elementos intuitivos que estão no senso comum e nos diversos saberes até agora renegados possam encontrar soluções localizadas, descolonizadas. Necessitamos de nossa capacidade humana criadora, criativa e, neste sentido o papel do técnico está na sua capacidade de por em crise seu próprio saber, questioná-lo para encontrar soluções onde ele (o técnico) seja a bússola, porém, navegador e guia sejam as necessidades de quem precise utilizá-lo. Difícil.

[A inocência e a fé numa sociedade futura justa, democrática, igualitária, parece ter sofrido abalos profundos nas últimas décadas. Assistimos ao crescimento da presença do Estado na regulação social e, ao mesmo tempo, observamos que vão se acentuando as contradições sendo os direitos proclamados apenas na realidade dos discursos. As palavras tornam-se pedras!]

Vivemos um certo desencantamento e um momento (já prolongado) de dissociação entre sociedade civil e política, obrigando-nos a redimensionar nosso lugar de pesquisadores, profissionais, pacientes, familiares onde o cidadão da sociedade desencantada deve poder conviver com conflitos, contradições, sentidos e contra-sensos, tornando-nos também mais complexos. Impensável e inaceitável que o técnico permaneça no encantamento do discurso mágico da técnica eficaz, da vontade de feiticeiro de neutralizar o efeito do indesejável, do não previsível que é como se apresenta um sujeito (e não objeto) na relação terapêutica e ambos (terapeutas e pacientes) estão imersos numa mesma rede de necessidades, desejos, significações e imposições.

A dicotomia prevalente entre terapeuta-paciente, enquanto relação sujeito-objeto, coloca este último numa condição passível, de objeto da ação de um saber que é inteiramente de domínio do terapeuta. As pessoas



que necessitem se beneficiar de um processo reabilitativo sofrem, na grande maioria das vezes, a perda de seu ser social, de seu lugar de cidadão e a ação técnica tende a perpetuar esta situação.

* Para iniciarmos a desconstrução dessa prisão-reabilitação é igualmente vital a compreensão dos nexos, das maneiras pelas quais se vinculam estes dois atores (terapeutas e pacientes) e a compreensão de que o terreno onde se movem as práticas reabilitadoras pertencem ao universo dos direitos sociais. Negar essa realidade deixa o técnico fechado e aprisionado na idéia de uma suposta Vocação Terapêutica que se traduz numa linguagem abstrata, distante e incompreensível. Nesse sentido, é preciso abrir a linguagem científica, socializá-la e permitir que seja confrontada por outros saberes.

As necessidades do Homem (incluindo aquelas da pessoa portadora de deficiência) dizem respeito a um universo de significações e atribuição de sentidos e, para reabilitar "um membro inferior", é imperativo não o deslocar, não o seccionar do corpo, da pessoa, da família, da sociedade na qual realiza sua existência. Se o "óbvio é, muitas vezes, obtuso", cabe perguntar porque está nua a reabilitação que é proposta pelas instituições modernas. E afinal, o Homem anda para que? que desdobramentos sociais e emocionais tira desse ato? Alguém dirá,

talvez ande para buscar alimento, para encontrar outros homens, para alimentar seu espírito e sua curiosidade. O verbo é intransitivo mas, ontologicamente, adquire significações. E é por causa de significações que precisamos re-inventar a reabilitação, humanizá-la, tirá-la dos laboratórios e do universo das experimentações hipercontroladas e fazê-la "cair na vida", contraditória e desordenada como é, onde profissionais e reabilitandos moram. Trata-se de buscar uma reabilitação ao nível possível, valorizar o criativo, retransformar os caminhos "da deficiência" em experiências

cujos sentidos possam ser compartilhados como formas do sentir, do agir, do expressar-se e do diferenciar-se.

Não se trata de negar o saber, a técnica, mas de fazê-lo retornar ao lugar de um saber que precisa se confrontar com outros, com realidades diversas, contraditórias, complexas, e às vezes paradoxais para operar escolhas e não verdades unívocas. Os diferentes atores sociais devem construir nexos no agir prático e, entre esses diferentes saberes, entrando numa outra lógica, para encontrar soluções e sair transformados.

SUMMARY

This paper presents a reflection on rehabilitative institutes, and focuses on conflicts and imprecisions which have become sedimentary and superimposed to the rehabilitation notion within the development from the technical-scientific rationality, shows today its fragilities and the necessity of a redimensional attitude. It needs to surpass the dichotomy between the technical dimension, social, political and anthropological dimensions, validating the local solutions of each community and the different knowledge processing in the field of health operators, principally those of the people (technician, family, patients) of the community.

KEY-WORDS

REHABILITATION. HEALTH PROMOTION, tendencies.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASAGLIA, F. & BASAGLIA, F.O. (Org.), 1977. "Los crimines de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión". México, Siglo Veintiuno Editores, p.13-102.
- BLANCHOT, M., s.d. "Foucault como o imaginário", Lisboa, Portugal, Relógio d'Água editores.
- DE LEONARDIS, O., 1990. "Il Terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse". Milano, Feltrinelli.
- FOUCAULT, M., 1979. "Microfísica do Poder", Rio de Janeiro, Graal.
- ILLICH, I., s.d. "A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina", tradução de José Kosinski de Cavalcanti, Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- KEHL, M.R., 1990. "Quando a história é uma estória", in *Teoria & Debate*, São Paulo, n.11, agosto, pp-56-59 (Entrevista com Paulo Sérgio Pinheiro).
- MARSIGLIA, R.G., 1987. "Os cidadãos loucos no Brasil. A cidadania como processo", in *Saúde Mental e Cidadania*, São Paulo, Mandacaru & Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental no Estado de São Paulo.
- OLIVER, F.C., 1990. "Atenção à saúde da pessoa portadora de deficiências no sistema de saúde do município de São Paulo: uma questão de cidadania", São Paulo, dissertação (mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- ROCHA, E.F., 1991. "Corpo deficiente; em busca da reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas", São Paulo, dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

PRESCREVENDO ATIVIDADES

Elisa Satiko Miadaira*

MIADAIRA, E. S. Prescrevendo atividades. *Terapia Ocupacional*, São Paulo, v.2, n.2/3, p.105-111,1991.

RESUMO

Este texto discute um breve período de atividades desenvolvidas com um grupo de pacientes em atendimento ambulatorial. O terapeuta aplicou jogos ou propostas individuais quando o grupo apresentava dificuldades na continuidade do trabalho. São exemplos de procedimentos adotados numa seqüência de atendimentos, discutindo as atividades e recursos que utilizamos em Terapia Ocupacional.

DESCRITORES

TERAPIA OCUPACIONAL. SAÚDE MENTAL. PSICOTERAPIA DE GRUPO

Este texto é uma amostra no acompanhamento de um grupo. São exemplos de procedimentos adotados numa seqüência de atendimentos, a respeito das atividades e recursos que utilizamos em Terapia Ocupacional.

No tratamento de Terapia Ocupacional, quando o paciente é colocado frente a um material a ser transformado, o aspecto essencial é “um pensar específico sobre um fazer concreto” (OSTROWER, 1987). Isto é, se um paciente escolhe atividade em marcenaria, sua imaginação ocorre em formas específicas, porque adequadas ao caráter da madeira e vinculados também a uma motivação intrínseca.

“É importante que a atividade nasça do interesse, porque permite que muitas coisas se interliguem, se elaborem, implicando

numa visão globalizante dos processos de vida”.

Na escolha da atividade, não deve ser esquecido ou relegado o seu contexto essencial. É comum encontrarmos entre nossos pacientes, aqueles que estão preocupados em escolher atividades que sejam reconhecidamente aprovadas pela família ou o seu grupo social.

No exemplo de uma atividade, em que foi feita uma estante de madeira, com encaixes e desmontável, que no final seria sorteada entre os que participassem de sua execução. O grupo esteve muito mobilizado pela atividade, devido à sua utilidade e o desejo de adquirirem-na para si.

Na avaliação desta atividade, propus que enumerassem os aspectos positivos e nega-

* Terapeuta Ocupacional no Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital do Servidor Público Estadual – São Paulo, SP.

tivos deste processo de trabalho, que se seguem:

PRIMEIRO PACIENTE:

— aspectos positivos:

atuação individual
preocupação em dividir com o outro
pressa para concluir
espírito de colaboração
exercício físico e mental
inicialmente interessado
participação

— aspectos negativos:

desânimo
demora.

SEGUNDO PACIENTE:

— aspectos positivos:

· aprender a trabalhar com madeira e o uso de ferramentas
exatidão no trabalho
gostar do trabalho
interesse no trabalho

— aspectos negativos:

nada a constar.

TERCEIRO PACIENTE:

— aspectos positivos:

organização
habilidade profissional
desempenho
destreza
pontualidade
tarefa
união
capacidade individual

— aspectos negativos:

tempo gasto
material gasto.

O tempo gasto nesta atividade foi de nove sessões, correspondendo a um mês com atendimento de duas horas.

A primeira paciente disse que se levasse esta atividade para sua casa, sua irmã não acreditaria que esta tivesse contribuído para o que produziu.

O segundo, com dificuldades em dar sequência a tudo que começava, sentiu que se não fosse o grupo a fazer a tarefa conjuntamente, ficaria muito angustiado, pois sempre que iniciava uma tarefa, sentia dificuldades em chegar ao seu término.

O terceiro, que apresentou muita dificuldade em se relacionar com o grupo, através da atividade, encontrou formas de relacionamento e comunicação, no qual falava sobre si. Foi este paciente que sugeriu a atividade conjunta.

No processo desta atividade, observou-se o entrosamento que o próprio trabalho implicava, no sentido do grupo se organizar, fazer previsões do tempo que levariam em concluir a tarefa, quais as etapas que se sucederiam, a sua distribuição, além de adequar o ritmo de cada um, para o tempo que foi estabelecido em concluí-lo.

“É a partir do interesse que cada pessoa sente em si, que devemos auxiliá-lo a se desenvolver, pois estas potencialidades existentes constituirão sua própria motivação” (RUESCH, 1964). Como o interesse é um traço “a priori”, então a aprendizagem de uma habilidade ou a aquisição de conhecimentos são o resultado de tal interesse.

“Porém, o que chamamos de interesse é em grande medida um traço aprendido, que foi transmitido e adquirido por repetição. Sem negar a existência de diferenças inatas de capacidade, a cultura, o grupo ou os pais, oferecem as oportunidades de desenvolve-

rem as habilidades inatas” (RUESCH, 1964).

No caso de um paciente que, após a internação, foi encaminhado à Terapia Ocupacional, revelou seu interesse na pintura em madeira, tendo tido experiência nesta atividade durante o seu período de internação. Iniciou com projetos simples, vindo a desenvolver a técnica de pirogravura. Dominada a técnica, começou a desenvolver as suas possibilidades enquanto atividade. Introduziu novos elementos à técnica aprendida. Como resultado, a mãe do paciente levou os seus trabalhos ao bazar beneficente para o qual contribuía e conseguiu deixar os seus trabalhos expostos numa boutique de uma conhecida sob consignação.

Com este desenvolvimento, associando à sua capacidade neste trabalho, sentiu-se em condições de assumir um trabalho que, segundo sua família, tinha um valor mais produtivo.

Devido à natureza da Terapia Ocupacional que é a de estimular o paciente na vivência através da atividade, devemos evitar que se crie um stress no excesso de sugestões.

Por essa razão, sentimos necessário considerarmos o momento psicológico do paciente, no qual percebemos que no estado em que muitas vezes se encontra, não se sente em condições de entrar diretamente em contato com o trabalho.

Vimos então ser a atividade lúdica, uma maneira adequada, não apenas como uma forma criativa de expressão, mas o jogo tende a criar um clima menos tenso, propiciando um relaxamento e condições para que o paciente retome ou inicie uma atividade.

Para o “relaxamento” deste campo tenso, o jogo e a atividade são realizados não no sentido de esvaziamento, mas no sentido de recuperar a tensão e renová-la em níveis que sejam suficientes para garantir a vitalidade de sua própria ação.

Este aumento de tensão chega a tolher as potencialidades básicas, em que o indivíduo sente dificuldade em estabelecer uma relação com o outro, com o ambiente e com o trabalho, de forma espontânea e criativa.

Bermudez (1967) menciona algumas das qualidades que considera serem indispensáveis ao “objeto intermediário”:

— inocuidade, que não desencadeia “por si” reações de alarme

— maleabilidade, que possa utilizar-se à vontade em qualquer jogo de papéis complementares

— transmissor, que permita a comunicação por seu intermédio, substituindo o vínculo e mantendo a distância

— existência real e concreta

— adaptabilidade, que se adequa às necessidades do sujeito

— permite uma relação tão íntima, que o sujeito possa identificá-lo consigo mesmo

— instrumentalidade, que possa ser utilizado como prolongamento do sujeito

— identificabilidade, que possa ser reconhecido imediatamente.

Bermudez cita ainda, “que resulta fácil compreender as aplicações do ‘objeto intermediário’ a outros campos não psicodramáticos, como pode ser a Terapia Ocupacional”.

No exemplo de uma sessão, na qual um dos pacientes chega à sala, com as fâcias congestionadas, um leve tremor nos lábios, cumprimenta-nos com seriedade, senta-se e não fala nada. Em seguida verbaliza que não se sente disposto em retomar o trabalho que vinha realizando com o grupo (estante de madeira). Neste momento, outro paciente também pareceu não querer continuar o trabalho, alegando que o trabalho era de todos e que então iria dar o retoque na sua atividade anterior. O outro não se manifesta.

Com esse clima, achei que a sessão não seria produtiva.

Início falando sobre a minha observação na postura e expressão de uma paciente. Ela começa a se queixar de que a viagem de seu fim de semana prolongado não iria mais ocorrer, pois os seus colegas estavam desanimados devido ao mau tempo. E conseqüentemente, ficaria em casa, se chateando, em companhia de sua irmã, o que a deixava desgostosa.

Pergunto aos demais se aceitariam fazer uma atividade individual. Aproveitando o assunto trazido pela paciente, pedi a cada um que imaginassem com quem gostariam de passar alguns dias juntos, no fim de semana que se aproximava. Introduzo papel e lápis, sugerindo que cada um redigisse uma carta a esta pessoa, e que esta tivesse um significado para si. Seguem-se as cartas, na íntegra.

“Querida (...)

Alguns anos já se passaram, mas o tempo não foi suficiente para apagar a lembrança que tenho de você. Muita coisa mudou na minha vida, e creio eu, na sua também. Você foi para mim uma criatura que marcou uma fase de minha existência mas quis o destino que os nossos caminhos se desviassem e a distância nos separou, mesmo assim eu não a esqueço, ainda guardo comigo coisas materiais como fotografia, pintura e até mesmo uma mecha de seu cabelo, que também existe uma página no meu álbum de recordação que foi escrita por você e aliás sem desprezar as outras é a que eu não canso de rever, enfim muitas coisas me prendem a você. Hoje senti uma saudade imensa, queria alguém que pudesse conversar comigo, alguém que eu pudesse falar de mim. Pensei em você, mas onde encontrá-la se nem o seu endereço atual eu tenho, mesmo assim resolvi escrever esta carta vou tentar mandar no antigo endereço quem sabe a sorte vai me ajudar e ela poderá chegar até você, e tamãha será a minha emoção se um dia obtiver uma resposta. Há quatro anos atrás quando você me escreveu

a última vez contou-me que havia se casado, na certa já deve ter filhos e está muito feliz. O casamento parece ter mudado a sua vida inclusive a sua personalidade, razão pela qual não me escreveu mais.

Quanto a mim houve mudanças também mas nada que eu precise esconder de você ou que me fizesse esquecê-la. Você foi quem me fez descobrir uma parte do que sou hoje. Foi você que na sua ingenuidade, na sua meiguice, deu força para brotar a semente que estava escondida dentro de mim. Depois você partiu. Outras experiências foram surgindo, eu fui amadurecendo hoje estou segura e certa do que sou e assumi. No momento, ou melhor, alguns meses atrás por muitos problemas ocorridos com família, trabalho e até mesmo pessoal eu entrei em esgotamento, necessitando mesmo de tratamento psiquiátrico, porém já me acho melhor, e se um dia eu conseguir o seu endereço gostaria de lhe fazer uma visita, aliás passar alguns dias em sua companhia, para que pessoalmente pudéssemos falar de nós. Vou lhe mandar meu endereço se você me responder eu vou ficar feliz.

Abraço desta que não te esquece.”

.....

“Caro amigo

Espero que esta vá encontrá-lo bem, com todos os seus familiares.

Nós, aqui em casa, estamos todos bem, inclusive eu que estando bem melhor mas continuo em fase de recuperação.

A finalidade desta, é pelo motivo de eu achar falta da sua presença.

Aqueles “papos” que só você mesmo pode contar, aquelas mímicas, e outras coisas mais, estão me fazendo muita falta. Como faz tempo que você não tem aparecido, inclusive com sua família, me tem deixado muito preocupado. Sei que você tem problema de sua casa, no que diz respeito a despacho, estou curioso para saber como

vão as coisas. Do nosso local de trabalho ninguém tem aparecido para saber a meu respeito. Mas não estou me importando muito com isso não, pois estou mais preocupado com você. Venha em casa conversar um pouco. Compro uma garrafa daquele santo remédio e passamos algumas horas agradáveis. Eu também queria que você me orientasse sobre umas peças de meus móveis que se quebraram, e que você me ajudasse a recuperá-los. Não pretendo voltar à escola, a não ser que esteja completamente recuperado. Só sei que lá está uma bagunça “daquelas”.

Bom, vamos ter bastante tempo para conversarmos sobre tudo. Te espero no fim de semana à hora que você achar melhor.

Um abraço, do amigo que muito te quer bem.”

.....

“Ao Amigo (...)

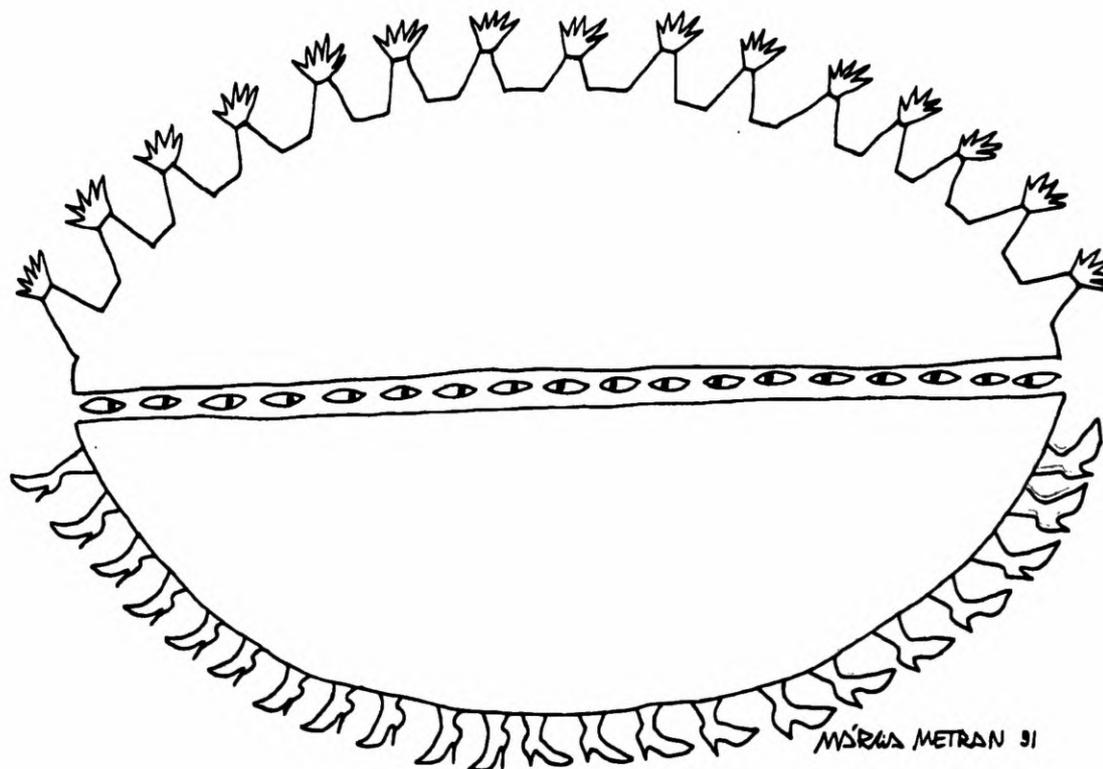
Saudações:

Estou, caro amigo, preocupado recentemente com as verdades ditas na carta, escrita por você, referindo-se ao estado de saúde de sua irmã que passou adoentada nesses últimos dias.

Agora já com o seu restabelecimento resolvi escrever-lhe esta carta para participar da mesma alegria de vocês. Como amanhã é feriado nacional, gostaria de ir visitá-lo. Portanto devo chegar ao Rio de Janeiro esta noite e na estação rodoviária às 19:00 horas espero encontrá-lo. Em havendo dificuldade em vê-lo na estação poderia telefonar-lhe e até mesmo sozinho ir para a sua residência. Conversaremos a viva voz a respeito de seus problemas na Faculdade Gama Filho, onde não foi bem sucedido neste ano que se passou. Poderemos também programar um passeio ao escritório de seu avô, já que o mesmo aniversaria nestes dias e ficaria contente com esta visita. Gostaria de conhecer os pontos turísticos do Rio de Janeiro nestes três dias de folga nossa. Com o aumento da gasolina achei melhor ir de ônibus e não de carro, já que o carro está em conserto e levaria alguns dias para consertá-lo. Já reservei com antecedência as passagens. Espero tão somente encontrá-lo bem de saúde e com muita disposição.

Aguardando antecipadamente suas cartas bem redigidas, encerrei esta que acabo de escrever deixando no coração esta amizade sincera e simples. Nada mais. Até breve.”

.....



Esta atividade chegou a se prolongar até a metade da sessão. Depois, cada um leu a sua carta, culminando numa série de acontecimentos marcantes.

Visto que a proposta implicava numa temática significativa para cada um, ela representou um momento de liberação de energias, em termos de intensidade afetiva e emocional. Após discutirmos o conteúdo das cartas, foi possível introduzir a atividade em andamento. No final desta sessão a paciente mostra o seu desânimo em prosseguir a atividade com o grupo, devido à demora em terminá-la. Sugeriu que se os demais não se demorassem tanto em grossar e lixar as tábuas, a atividade poderia terminar nas próximas três sessões. Pediu também que os demais não faltassem e que fossem pontuais. Esta atividade pôde ser concluída nas quatro sessões subseqüentes.

Na Terapia Ocupacional, o paciente deve aprender a atingir metas, levar ao fim uma ação, completar aquilo que iniciou e perseverar em sua tarefa.

Vale também, que o contato com uma matéria exige do indivíduo que ele atue.

“O pensar só poderá tornar-se imaginativo através da concretização em uma matéria, sem o que não passaria de um divagar descompromissado, sem rumo e sem finalidade. Desvinculado de uma matéria a ser transformada, a única referência do imaginar se centraria no próprio indivíduo, cujos estados subjetivos e conteúdos pessoais não são suscetíveis de participação por outras pessoas. Seria um pensar voltado unicamente para si, suposições alienadas da realidade externa, não contendo propostas de transformação interior, da experiência, nem mesmo para o indivíduo” (OSTROWER, 1987).

Percebemos a ocorrência de tais situações em alguns pacientes cuja alteração da percepção ou consciência, quando em contato com determinada atividade, chegam a formas desorganizadas.

Esta situação ocorre principalmente nas formas simbólicas (pintura, escultura, poesia, música, teatro) em que se encontram articulados aspectos espaciais e temporais contendo seqüências rítmicas, proporções, tensões. “Traduzem certos momentos dinâmicos, ritmos internos de vitalidade, acréscimo ou declínio de forças, correspondendo a certos estados de ânimo, alegria, tristeza, apatia, hostilidade, que transpostos para a forma da matéria, nela são exteriorizados” (OSTROWER, 1987).

Como cita Fayga: “Que a arte, reduzida à terapia, como prática de se promover a vazão de tensões, de conflitos emocionais, perde seu sentido artístico; deixa de ser arte”. No tratamento terapêutico, vemos a possibilidade da atividade criativa, nas suas formas simbólicas, não apenas sob o ponto de vista criativo, mas aquilo que o paciente consegue transportar de seu estado subjetivo para a forma, não invalidando tais tentativas, pois ele consegue através dela falar sobre os seus valores, sua vida e seus sentimentos.

“Às vezes, o bloqueio da comunicação pode produzir-se porque ao paciente lhe faltam instrumentos para comunicar-se. Às vezes, não está acostumado a se auto expressar, em alguns casos o obstáculo é a linguagem verbal ou o que o assusta é a situação bipessoal. Se a forma favorita do paciente se relacionar for através da ação direta, então, o intercâmbio verbal deve ser substituído pelo jogo, trabalho recreativo e terapia física” (RUESCH, 1964).

Os pacientes encaminhados para Terapia Ocupacional, são pessoas possuidoras de condições que não foram adequadamente desenvolvidas ou que não tomaram contato com a habilidade ou conhecimento ou que por fatores da própria doença resultaram numa prática insuficiente.

Então, através da experiência do trabalho, podemos comentar com o paciente as diversas maneiras ineficazes de se fazer as coisas, assinalando que existem métodos

mais adequados. Devido à natureza seletiva da experiência, o sucesso na atividade depende também das habilidades.

Mas a tarefa mais tangível é a distribuição do tempo. É possível fazermos tais tarefas, colocando por escrito o tempo que se leva para realizar seus afazeres e comparar com a suposta duração do tempo transcorrido ou verificar com suas próprias realizações.

“É necessário que os pacientes aprendam a buscar ajuda quando se encontram desorientados em alguma fase de seu trabalho. Esta ajuda deve ser proporcionada de forma adequada, evitando que ocorra abandono ou diminuição do interesse. Supervisionar uma tarefa significa assim, acompanhar o paciente desde o começo até o final, familiarizando-se com os detalhes deste empreendimento, oferecer ajuda exterior quando é indicado, recompensar se for necessário e corrigir em outras ocasiões. Uma atividade não chega ao seu término se não ocupar um lugar significativo na vida do paciente” (BERMUDEZ, 1967).

Àqueles pacientes cuja limitação em relação aos seus recursos de elaboração e criação estão prejudicados, podemos despertar interesse por meio da pura repetição de suas atividades já existentes.

A tarefa determina o que há de ser o primeiro passo e o que há a seguir, induz o

indivíduo a mobilizar seus recursos. É uma forma do paciente não dispersar seus esforços. Se ele considera uma série de ações, o próximo passo que dará equivale a dividir a ação em várias partes. Tal ação dividida, observamos naqueles pacientes cuja atenção encontra-se alterada, principalmente nos estados de aceleração. O paciente inicia várias atividades simultaneamente.

Portanto, qualquer ação que se sucede, requer uma atenção imediata. Cabe ao terapeuta discutir qual o próximo passo que o paciente dará em cada sessão.

“Quando o indivíduo consegue ver como os meios melhoram o desempenho de uma atividade, ele buscará os controles. Um controle razoável não está destinado a inibir a ação; sua finalidade é a de conseguir uma melhor quantificação e sincronização das ações e que a tomada de decisões seja mais adequada. O controle tem por resultado a execução exata de uma ação. Seria também um relacionar com adequação” (RUESCH, 1964).

Finalizando, não há uma preocupação na proposta da atividade que há de vir quando nos encontramos frente a um grupo. Mas é fundamental que o terapeuta quando desenvolve a atividade, tenha o domínio sobre as técnicas, tanto no campo da dinâmica do grupo quanto no encaminhamento das propostas sugeridas. □

ABSTRACT

The text accomplishes a brief period of activities developed with a group of patients in an ambulatory. The therapist applied play or individual proposals when the group presented difficulties in continuing the work.

KEYWORDS

OCCUPATIONAL THERAPY. MENTAL HEALTH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OSTROWER, Fayga. *Criatividade e processos de criação*. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 1978

RUESCH, Jurgen. *Comunicación terapêutica*. Editora Paidós, Buenos Aires, 1967

BERMUDEZ, Jaime G. Rojas. *Títeres y psicodrama: el objecto intermediário*. Editora Genitor, Buenos Aires, 1967