

Contribuições da terapia ocupacional à clínica da psicose infantil

Patricia Moldan, Tatiane Luize Ceccato*, Teresa Maria dos Santos**

Terapeutas ocupacionais do Setor de Terapia Ocupacional Infantil do CAISM – Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Este artigo tem por objetivo desenvolver algumas reflexões acerca do trabalho da equipe de terapeutas ocupacionais do setor infantil do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental – CAISM, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Essa equipe é responsável, entre outros, pelo atendimento clínico de crianças e adolescentes portadores de transtornos globais do desenvolvimento e primeiro surto psicótico que, por razões associadas a problemáticas específicas (psicológicas, mentais e/ou sociais), apresentam, temporária ou definitivamente, dificuldades de inserção e participação na vida social.

A terapia ocupacional compõe-se de um campo de conhecimentos relativamente novo, que está constituindo um código conceitual próprio, e que visa, por meio de uma técnica de utilização de atividades, à

emancipação, à autonomia e à melhora na qualidade de vida desses indivíduos e de suas famílias.

Dentre os objetivos principais, destacamos, em primeiro lugar, o resgate, a construção e/ou a organização de possibilidades do estar e do fazer, propiciando uma exploração do ambiente que possibilite ao indivíduo contar a sua própria história, por meio de uma experiência que seja real e concreta. Não são necessários pré-requisitos, como a compreensão ou a expressão verbal, a abstração ou o contato convencional com a realidade externa, pois podemos partir deste lugar bastante indiferenciado que caracteriza a maior parte dessa população. Autorizamos-nos, inclusive, a inferir que a terapia ocupacional atua aquém e além do transtorno patológico específico, na medida em que converte recursos físicos e psíquicos em processos não

só de tratamento, mas também de prevenção e manutenção da saúde geral do indivíduo.

Em segundo lugar, relevamos que a possibilidade da experimentação, a partir dos interesses e das necessidades individuais, visa à construção de significados contextuais. Se não há a possibilidade de “escolha” propriamente dita, já que é preciso cautela ao se falar em desejo com pacientes psicóticos, há sim, ainda que impreciso, alguns movimentos em direção a determinadas atividades. Partindo daí é que o terapeuta ocupacional proporá atividades, estabelecerá limites, construirá juntamente com o paciente, algumas vezes emprestando sentido, suas próprias mãos ou suas próprias histórias.

Como terceiro objetivo, valorizamos a promoção da inserção e a circulação social, a partir dos recursos próprios e das modificações do meio. Antes mesmo de pensar na inserção do indivíduo ao meio, principalmente quando se trata de crianças com transtornos globais do desenvolvimento, há que se pensar em criar condições para o aparecimento da relação com o outro. É necessário a essas crianças um “trabalho” anterior para freqüentar a casa dos outros, a escola, o parque, etc., pois mesmo que a estrutura social se amplie para recebê-las, o que, no Brasil, ainda é uma realidade bem distante, há de haver um mínimo de possibilidades para que elas freqüentem algum lugar. Toma-se como base a relação com o terapeuta que está ali procurando revelar uma realidade externa condizente com o contexto cultural.

Em relação às modificações do meio, a terapia ocupacional tanto reproduz alguns espaços sociais dentro dos espaços terapêuticos como também intervém nesses espaços por meio da participação ativa nos estabelecimentos escolares, em reunião com os professores, orientação aos familiares, etc. Considera-se que a família e a escola são os principais referenciais de adaptabilidade e socialização quando se trata dessa faixa etária. Além disso, há um trabalho de acompanhamento em espaços socioculturais, como SESC's, parques, metrô, lojas, lanchonetes, etc., sempre elaborado a partir de um programa de tratamento específico para cada paciente.

Quanto aos pressupostos básicos para a clínica, salientamos que o processo de terapia ocupacional supõe sempre uma relação triádica, constituída por terapeuta-paciente-atividades, relação esta que subentende que “exista uma terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo que apresente qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer terapia ocupacional” (Benetton, 1994).

A atividade é o terceiro termo dessa relação triádica, um instrumento utilizado no tratamento, sendo o eixo orientador e centralizador dessa prática. Na terapia

ocupacional, se trabalho com a dinâmica de realização de atividades, que possibilita, no mundo real e com objetos concretos, a aprendizagem, a descoberta, a construção e a criação, evidenciando assim um caráter psicoeducacional. Do âmbito do psíquico, na terapia ocupacional, não se privilegia a projeção de conflitos, pois a ênfase está no trabalho dos conflitos gerados por esse contexto de realização de atividades.

Para que isso se processe, orientamo-nos a partir de um diagnóstico situacional, que é composto pela pré-história e história do sujeito, pela compreensão do contexto histórico-cultural e, principalmente, pela organização do cotidiano desse indivíduo. Este olhar e este discurso podem advir tanto do paciente e de sua família como de pessoas próximas a ele ou mesmo dos profissionais que o atendam.

A intervenção suscitada a partir do diagnóstico, este último, obviamente, reelaborado em todo o processo de tratamento, ocorre no que denominamos *setting* ampliado, que é aquele que apresenta possibilidades de variação de espaços físico e social. O estável do enquadramento está no estabelecimento da relação e no contrato com o fazer. Os limites do material, as regras quanto à sua utilização, o tempo de realização, o tempo mesmo da sessão, etc. impõem-se como dados de realidade.

Partindo desse referencial teórico, o Setor de Terapia Ocupacional Infantil do CAISM organizou um programa de atendimento a casos graves de portadores de transtornos globais do desenvolvimento e primeiro surto psicótico, com idade entre 3 e 18 anos, em mínima, média e máxima intensidade, com abordagens individuais e grupais e oficinas.

Finalizando, a utilização técnica da atividade na relação do terapeuta ocupacional com o paciente tem, aqui no CAISM, o intuito do diálogo contínuo com a realidade, pois, como aponta Tedesco, S. (em supervisão): “o externo recria o interno sempre”.

Bibliografia

1. AMARO, D.G. *et al.* A construção de um caminho na clínica com crianças no processo de terapia ocupacional. **Revista do CETO**, 3: 26-32, 1998.
2. BARRIS, R.; KIELHOFNER, G. & WATTS, J.H. **Bodies of knowledge in psychosocial practice**. Slack, New York, 1983.
3. BENETTON, M.J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. Tese (Doutorado), Universidade Estadual de Campinas, 1994.
4. LEGROS, J.C. O propósito do papel de um ergoterapeuta em instituição psiquiátrica para adolescentes. **Journal d' Ergotherapie**, 10: 12-17, France, 1988.
5. LIMA, E.A. Terapia ocupacional: um território de fronteira. **Revista de Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, 8: 98-101, 1997. Universidade Federal de São Carlos, 1995.