

RUI CHAMONE JORGE

CHANCE PARA UMA ESQUIZOFRÊNICA



RUI CHAMONE JORGE

CHANCE PARA UMA ESQUIZOFRÊNICA

BELO HORIZONTE

1980

FICHA CATALOGRÁFICA

Jorge, Rui Chamone.

J 82c Chance para uma esquizofrênica

Belo Horizonte, I. Oficial, 1981.

115 p.

Inclui bibliografia.

Apresenta material pictográfico.

CDD 615. 8515

Cat. V. B. Santos CRB6-609

615.8515

Terapia ocupacional

Impressão: Oficinas Gráficas da Imprensa Oficial de MG

Av. Augusto de Lima, 270 - 30000 - Belo Horizonte

SUMÁRIO

PREFÁCIO	7
INTRODUÇÃO	9
GENERALIDADES	10
A PACIENTE.....	19
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA PACIENTE	21
O TRABALHO INDIVIDUAL, GRUPAL E A CARGA HORARIA.....	37
EVOLUÇÃO.....	40
MATERIAL PICTÓRIO	43
PALAVRAS FINAIS	61
BIBLIOGRAFIA	65

AGRADECIMENTOS

Este é meu primeiro livro. É o produto da confiança que nos tem sido depositada por um grande número de psiquiatras que nos encaminharam pacientes e, desta forma, estimularam-nos a prosseguir neste difícil trabalho que é a Terapia Ocupacional.

Se fosse citá-los agora, para um agradecimento pessoal, teríamos uma lista demasiado extensa. Se fosse, também, mencionar todas as pessoas que, direta ou indiretamente, trabalharam comigo neste livro (lendo, corrigindo, fotografando), teríamos uma outra lista de grandes proporções, pois é muito difícil escrever sozinho.

No entanto, gostaríamos de salientar a participação muito ativa das pessoas seguintes:

- Dr. Virgílio Bustamante Rennó, Psiquiatra: pelo encaminhamento da paciente;
- Dr. Rosemberg Fonseca, Psiquiatra, e Dra. Elizabeth Lins Clark, Psicóloga: pela supervisão do capítulo “Material Pictórico”;

Todos os membros de minha equipe de trabalho, por terem dividido comigo a responsabilidade pelo tratamento de MS.

A todos, meus agradecimentos.

DEDICATÓRIA

A meu pai, Antônio Augusto Jorge

A minha mãe, Djanira Jorge Chamone

por terem educado meus irmãos, irmãs e a mim no fabrico diário do pão: somos padeiros.

A Francisca de Jesus da Mata (Ia), nossa velha ama, pela coragem de nos amar como a filhos seus.

A MS pela sua triste sorte e por ser objeto deste trabalho.

HOMENAGEM

Dra. Nise da Silveira,
pela longa e corajosa luta desenvolvida em prol de um atendimento mais dinâmico e humano
ao paciente psiquiátrico.

PREFÁCIO

O livro do Rui versa sobre uma paciente que se submeteu à Terapia Ocupacional durante algum tempo. Menciona as técnicas que foram utilizadas com a paciente, permitindo uma visão global de como trabalhar com a Terapia Ocupacional em favor do paciente psiquiátrico. Nesse livro se obtém uma síntese do potencial terapêutico dos elementos utilizados pela Terapia Ocupacional e se encontra, expostos de modo claro, os aspectos psicodinâmicos inerentes ao material utilizado.

O autor apresenta um resultado terapêutico que, pela leitura do livro pode ser considerado muito satisfatório. Dá um tom apaixonado ao processo utilizado, ao mesmo tempo que se apaixona pelo evoluir do caso. Conhecendo pessoalmente o autor, sabemos que não poderia ser diferente. Não creio que o Rui fizesse nada que não fosse por pura paixão. A propósito é bom lembrar que ele foi o primeiro aluno a se formar como Terapeuta Ocupacional diretamente ligado à saúde mental numa faculdade ainda não totalmente prevenida para isto. Fez o leito onde deveria nascer.

Psiquiatra que somos, com formação e a prática analíticas que temos e com não pequena experiência com pacientes, lendo o livro inicialmente sem nenhum compromisso e depois como convidado a ser seu prefaciante, nos restou uma enorme indagação: o que realmente aconteceu? Tratava-se de uma esquizofrênica crônica, de prognóstico firmado como ruim, que já havia se submetido a todos os processos terapêuticos convencionais e foi encaminhada, como mera tentativa, à experiência Praxiterápica. Pelo relato do caso podemos concluir que o resultado foi muito bom, tendo em vista o prognóstico.

Com o conhecimento que temos e com nossa vivência, sabemos que a Terapia Ocupacional pode ser útil como terapia coadjuvante de um tratamento psicofarmacológico ou biológico em pacientes internados ou não. Com tal conhecimento e com tal vivência, nossa expectativa foi abalada frente ao resultado apresentado.

Em que pese a abordagem de um único caso e nosso respeito pelas estatísticas, não nos incomodamos por apresentar estranheza frente ao bom resultado e nos permitimos pensar sobre ele.

Sabemos que há um grupo de pacientes, sejam eles de qualquer especialidade médica, que não são atingidos totalmente pelos métodos terapêuticos usuais e caem na faixa do que se conhece como paciente crônico. Não acreditamos que a hospitalização cronifique ninguém. A doença é que é cronificante por si mesma. Sabemos que a percentagem de pacientes crônicos, hospitalizados ou não, especialmente no terreno da Psiquiatria, depende de uma série de fatores que invariavelmente vai alterá-la: o enfoque pessoal do psiquiatra, a postura familiar, o investimento financeiro feito pela família do paciente ou pela instituição pagadora, etc.

Quando pensamos no bom resultado terapêutico e, colocando como fator invariável que o arsenal terapêutico tenha sido utilizado adequadamente, nos vem à mente que a mudança de atitude familiar altera sensivelmente o resultado terapêutico, principalmente no campo da Psiquiatria e, também, que a mudança de terapeuta igualmente altera o resultado do tratamento.

É do conhecimento de todos que lidam com pacientes que, toda expressão pessoal de sentimentos e pensamentos, sejam estes comunicados por meio de palavras, gestos, representação, pintura, escultura, enfim, qualquer veículo de expressão possível de ser utilizado pelo homem, quando transmitidos a alguém cuja resposta é neutra, incentivadora e não destrutiva, e feita de maneira frequente, a um mesmo indivíduo ou grupo, gera modificações importantes na personalidade, em geral, no sentido melhor.

A posse destes elementos ainda nos pareceu insuficiente para concluir o que realmente aconteceu. Nos vem à mente um outro fator que é do conhecimento daqueles que lidam com pacientes de todos os matizes diagnósticos: o imponderável. O imponderável influenciando o resultado terapêutico.

O imponderável é exatamente aquilo que, na presença de um bom resultado terapêutico, não permite captar o que realmente o determinou e mesmo que se considere todos os elementos conhecidos como úteis ou importantes para a sua avaliação, ainda continuam insuficientes para explicá-lo.

Frente ao caso narrado no livro, em que pese consideramos todos os fatores que poderiam ter influído nele, fica bailando de modo importante em nossa mente a ideia do imponderável, como resposta à pergunta que fizemos sobre o que realmente aconteceu.

MÁRIO CATÃO GUIMARÃES
Psiquiatra

INTRODUÇÃO

Este trabalho é a descrição de tratamento de uma esquizofrênica, cuja doença teve sua instalação há muito tempo e a evolução muito longa.

Ele foi levado a efeito em Belo Horizonte, no SER. TO - Serviço de Terapia Ocupacional.

O SER.TO é um serviço particular que presta assistência de reabilitação psiquiátrica a adultos na fase aguda ou crônica de sua patologia. Funciona como ambulatório e é organizado com todas as suas atividades centradas em ocupações terapêuticas.

Por essa época, o SER.TO contava com: um terapeuta ocupacional, responsável pela orientação do serviço e pelos trabalhos em couro, modelagem e pintura (predominante), com a seguinte equipe; Francisco José dos Reis Goyatá (médico em formação psiquiátrica), Teatroterapia: Lígia Severo (assistente social), orientação às famílias e atividades extramuros com os pacientes; Nívia Schembri (acadêmica de Medicina) Musicoterapia; Yeda Miranda (Terapeuta Ocupacional) atividades na cozinha; Célia Martins Kassis, atividades do lar.

A paciente, encaminhada por um psiquiatra, não recebia, na clínica, nenhuma orientação médico-medicamentosa, já que esta orientação, por direito e de fato, continuava sendo da responsabilidade do médico encaminhador.

Não pretendo, com o relato deste caso, escrever uma tese, nem apresentar dados estatísticos. Não pretendo estar falando a última verdade.

Redigir e publicar este livro, antes de mais nada, significa minha crença em que um ambiente de trabalho e carinho aliado ao relacionamento com pessoas de boa vontade e treino adequado, podem salvar o outro da angústia e do desespero, que o levam à loucura.

Tratar MS foi, para nós, motivo de realização e preocupações. Consideramos que nosso trabalho foi extremamente útil para ela e muito positivo para nós. E, a partir deste ponto, passei a acreditar que ele poderia ser útil a quem o lesse.

GENERALIDADES

O homem em atividades é, antes de tudo, um homem vivo. A inércia absoluta corresponde à morte. O ócio, enquanto morte da atividade, significa não só a morte do homem, mas um retorno do mesmo a um estágio anterior de seu desenvolvimento.

Fazer e saber são coisas que distinguem o homem dos outros animais. O macaco pode usar uma roupa, andar de bicicleta, mas não construí-los, não só porque lhe falta a oponência do polegar como também lhe falta o poder de combinar as imagens mentais, a imaginação; falta-lhe o processo conceitual. Fazer, enquanto, atividade de transformação, é de fato a ação que deifica o homem.

A forma que nasce de suas mãos é a materialização do seu sentir e pensar. Explorando a forma no máximo de sua utilidade e chegando com ela à forma em si, o homem evolui de “faber” para “sapiens” e concomitantemente para “loquens”.

Não é possível mentir quando se fabrica. Os erros, os acertos, os objetos, são sempre obra intencional, ainda que não-conscientes, pois *“embora seja a mente que busca, com muita frequência é a mão que encontra”* (20), e o ato de fazer traz, em seu bojo, necessariamente o pensar. E o pensar traz consigo a necessidade de comunicar o que pode se dar de forma explícita, clara, ou de forma implícita, velada. Ninguém faz só por fazer. Faz-se alguma coisa em busca de outra. E a busca será sempre a do instrumento adequado do discurso e do prazer. Nessa busca, muitas vezes dificultada por tantas variáveis, se empenham o cliente e o terapeuta ocupacional.

Fazer antes de ser simplesmente uma ação mecânica, foi a forma que o homem encontrou para satisfazer sua premência de utilidades. Depois, isto evolui e a forma se transforma e ultrapassa a utilidade, muda de caráter, novos materiais são usados, e então o homem começa a simbolizar, e, finalmente, a falar. E cada palavra que foi mágica a princípio, foi também um objeto que tinha a mesma massa, se assim podemos dizer, que qualquer outro artefato concreto.

Fabricar, portanto, não só é anterior ao falar, mas também base do pensar. Explorar a forma natural e fazê-la evoluir até o seu limite máximo de eficiência, até alcançar a forma em si, foi o caminho percorrido pelo homem desde a idade paleolítica. Fabricar, conceituar para si, e falar para o outro o que pensou; dentro dessa ideia, a Terapia Ocupacional é um método que usa instrumentos muito antigos para tratar: usa as mãos. E as mãos são o instrumento que possuem, naturalmente, toda a eficiência exigida de um instrumento capaz de fabricar outro; são o instrumento capaz de fazer a *“síntese entre as finalidades utilitária e espiritual sem recorrer a qualquer ferramenta”* (20) . Enquanto fabrica *“desmaterializa o material e materializa o imaterial”* (20). Esta ação torna possível copiar, fazer, desfazer, inventar e, portanto, tornar palpável o pensamento, o sentimento, a intenção.

O trabalho produz, por si só, a inserção do homem em pelo menos uma realidade: seu ser social. A sua falta leva o homem à estranheza e até à psicose, segundo Paul Sivadom, não importando, em primeira instância, as causas da ausência da oportunidade de trabalhar. Atuando na realidade externa, modificando-a, o homem modifica sua própria natureza. *“Dotado de consciência, o homem situa-se em face do que é ele mesmo, do que é de um modo geral, e do que é faz um objeto para si. As coisas da natureza contentam-se em ser, pois são simples e só uma vez são, ao passo que o homem, enquanto consciência, desdobra-se: é uma vez só, mas para si. Projeta na sua frente o que é, contempla-se, representa-se a si próprio. É preciso, portanto, procurar a ciência geral que uma obra de arte provoca no pensamento humano, porquanto a obra de arte é um meio com o qual o homem exterioriza o que ele mesmo é”* (28).

O trabalho, enquanto fator de equilíbrio, assegura a inserção no real, porque constitui uma atividade essencialmente mente humana, criativa, educadora, reforçadora e, acima de gratificante.

“A consciência de si próprio adquire-a o homem de duas maneiras: teoricamente, conscientizando o que é no interior, todos os movimentos da alma, todas as cambiantes do sentimento, representando-se a si próprio, tal como se descobre pelo pensamento, e reconhecendo-se na representação que a seus próprios olhos oferece. Mas o homem está preso também a relações práticas com o exterior, relações de que provém também a exigência de transformar o mundo, e bem assim ele próprio na medida em que ao mundo pertence e lhe imprime o sinal de sua personalidade” (28).

Claro está que se o trabalho ganha em coação, perde em criatividade. Mas não é esse o trabalho de que falamos agora; transcrevemos aqui um parágrafo de Freud, citado por Georges Friedmann: *“Reconhecendo a importância do trabalho, contribui-se, melhor do que por qualquer outra técnica de vida, para apertar os vínculos entre a realidade e o indivíduo; este, com efeito, em seu trabalho, está solidamente apegado a uma parte da realidade: a comunidade humana. O trabalho tem importantes consequências, ao menos enquanto dá (por si próprio e pelas relações humanas que implica) a oportunidade de uma descarga considerável aos impulsos fundamentais da libido, narcisistas, agressivos e mesmo eróticos, tanto quanto proporciona ao indivíduo seus necessários meios de subsistência e justifica sua existência na sociedade”* (25).

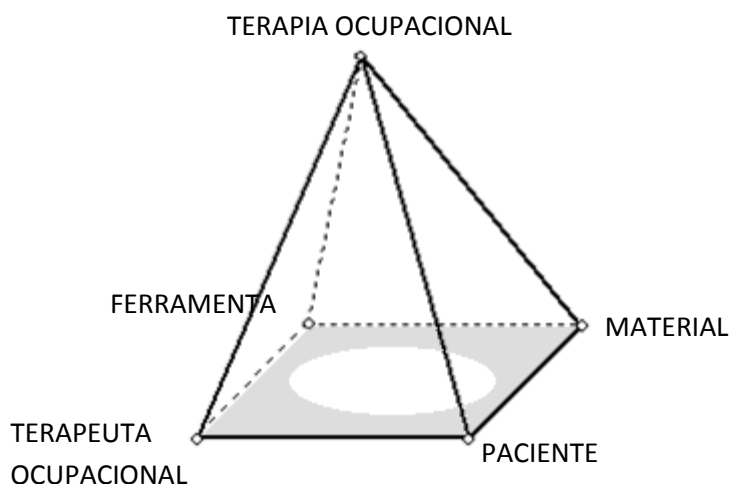
A perda do trabalho leva o homem à perda de sua identidade social, produz aumento de óbitos em trabalhadores aposentados, produz envelhecimento precoce. O sentimento de inutilidade social é sempre funesto para o homem:.

A Terapia Ocupacional busca prevenir e/ou corrigir os defeitos e “mortes” que o ócio e o abandono geram para o indivíduo; procura, pelo trabalho criativo, fazer novos hábitos sociais, criar novos contatos com a realidade, uma nova autoimagem.

Terapia Ocupacional *“simples ilhota de esperança”* (25) - produz e apressa a cura e as

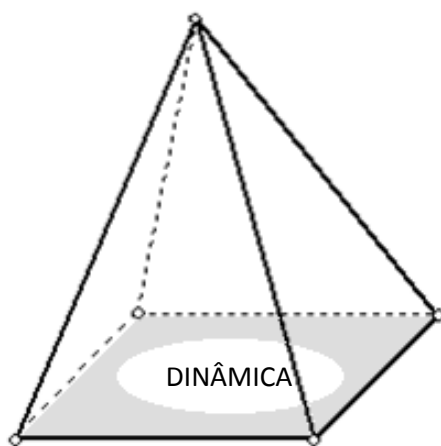
melhoras, porque procura através de mecanismos muito simples e naturais, permitir ao homem doente intervir na realidade exterior. E isso porque *“O próprio ato de criar pode fornecer (ao paciente) novos vislumbres, novas perspectivas e uma nova apreensão para a ação futura. Provavelmente, o melhor preparo para criar seja o próprio ato da criação”* (18) .

Essas colocações nos levam a pensar no processo da relação terapêutica ocupacional. Nós a entendemos dentro de uma forma piramidal, ou seja: o terapeuta ocupacional, o paciente, o material a ser transformado e as ferramentas, mo elementos básicos constantes dessa relação; então, podemos representar a Terapia Ocupacional da seguinte forma:



E, a partir do vértice da pirâmide, podemos imaginar um pêndulo que, num movimento oscilatório, circunscreva um círculo dentro da base da mesma. Esse pêndulo significa a dinâmica da relação entre os elementos básicos, o que, por sua vez, explica a dinâmica da própria Terapia Ocupacional.

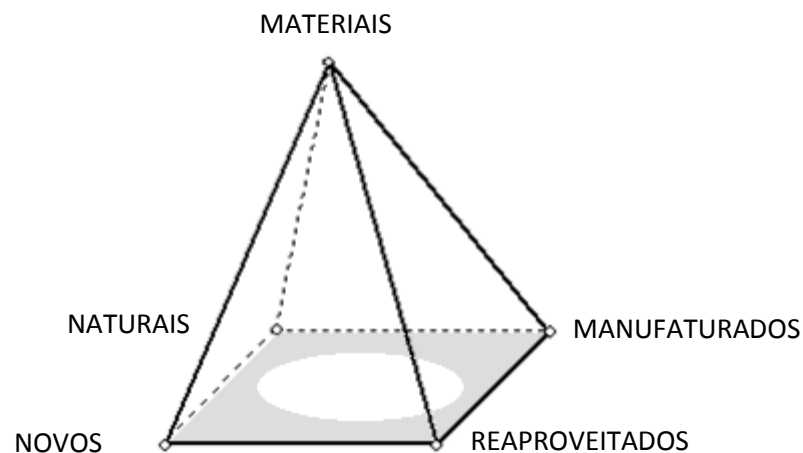
A representação desta dinâmica através do pêndulo e do círculo foi a maneira que encontramos para dizer que cada elemento básico da relação terapêutica ocupacional modifica o outro na medida em que sofre a ação do anterior. Isso significa que modificar o material, modifica o artesanato, e vice-versa.



Quanto à posição dos elementos básicos dentro da pirâmide não existe um lugar fixo para eles. Sua posição é uma dependência direta de como se está, ou de como se vai dirigir a sessão ou o processo terapêutico. Dito de outra forma: se se vai enfocar a terapia no reforço do ego, ou na expansão do pessoal, então é a posse dos objetos que encimará a pirâmide. Por outro lado, se se pretende abordar a relação terapêutica na pessoa do técnico, enquanto ego ideal, então dele vai partir o pêndulo. E assim podemos pensar com relação a qualquer um dos elementos básicos.

Outra aplicação para essa forma de “pensar” a Terapia Ocupacional está relacionada com os materiais.

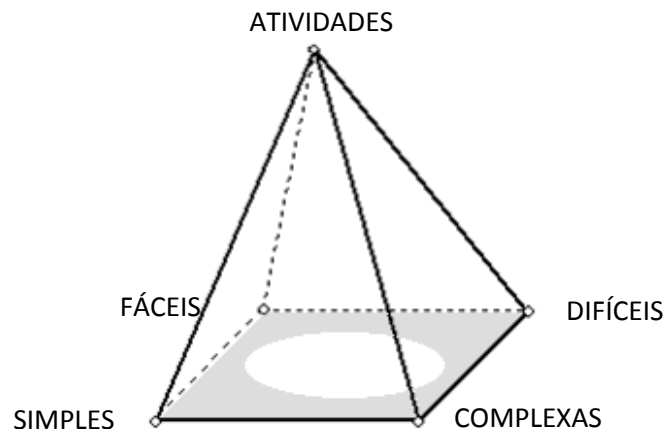
Da seguinte forma:



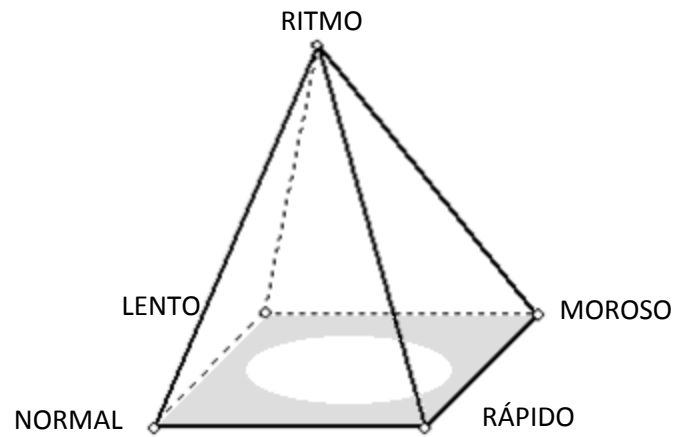
Aqui também, o item que encimará a pirâmide depende da orientação do que se vai “trabalhar”. Assim é que, se se pretende que o paciente “trabalhe” velhas relações, o material deve ser de reaproveitamento e, portanto, ele encimará a pirâmide. Mas, se se pretende que ele elabore o quanto é merecedor de coisas novas e boas, o trabalho com materiais novos é que dará origem ao pendulo, e assim por diante.

Se continuarmos a “pensar” a Terapia Ocupacional desta forma, veremos que esta pirâmide pode ser aplicada sempre.

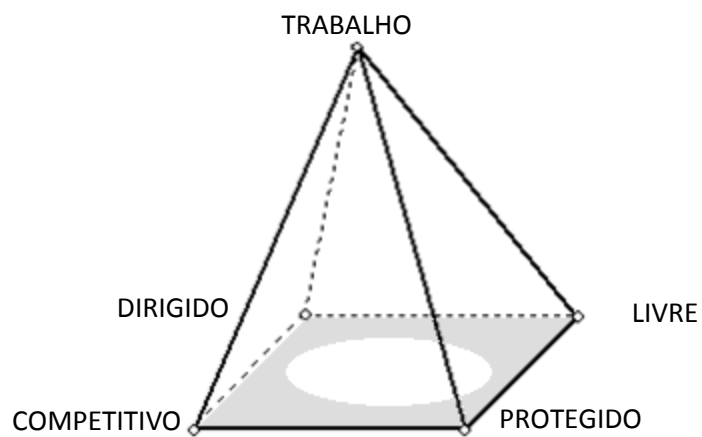
Por exemplo, quanto aos níveis de dificuldades das atividades:



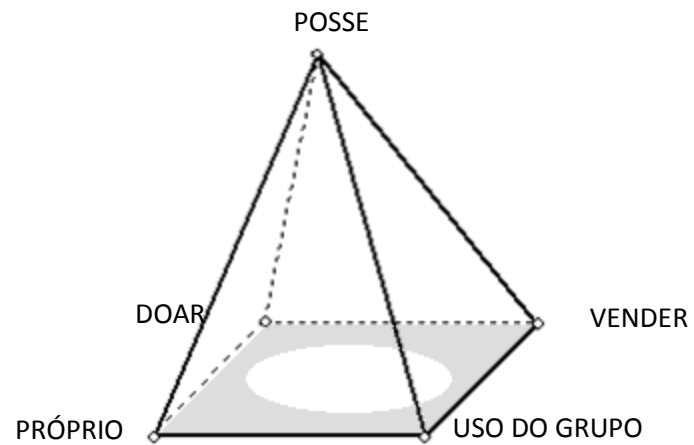
Outro exemplo, com relação ao ritmo de trabalho:



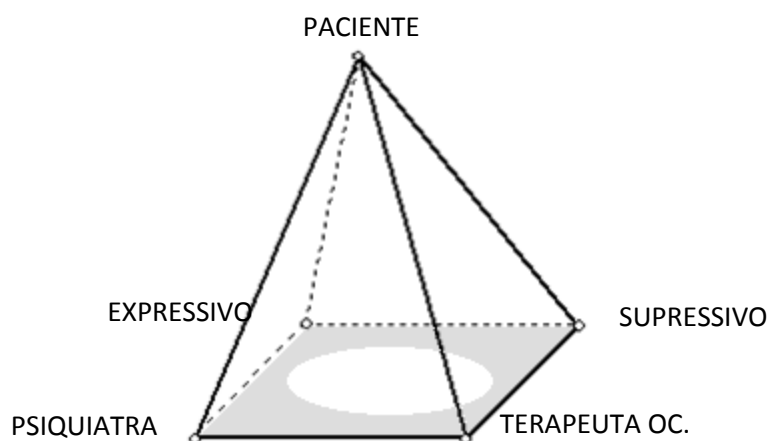
Com relação à situação do trabalho:



Com relação à posse dos objetos:



Criar esta pirâmide como maneira de definir a Terapia Ocupacional tem-nos facilitado muito nossa atuação junto ao paciente e definido, de forma simples e clara, nossa relação com os profissionais que nos encaminham clientes. Assim é que, se considerarmos que a relação de múltiplos terapeutas requer, necessariamente, divisão de papéis e limites de atuação, podemos representar a relação interprofissional da seguinte forma:



Aqui, mais uma vez, a colocação dos elementos na pirâmide depende dos interesses Terapêuticos e da decisão dos profissionais envolvidos no tratamento e das necessidades do paciente.

Como vimos, em todas as pirâmides que pudéssemos desenhar, cinco elementos se fariam constantes em cada uma delas, cada qual significando níveis e objetivos diferentes de uma mesma coisa ou situação. E tendo sempre o pêndulo e a circunferência circunscritos, significando a dinâmica, e o elemento colocado no ápice significando o enfoque da sessão ou do processo.

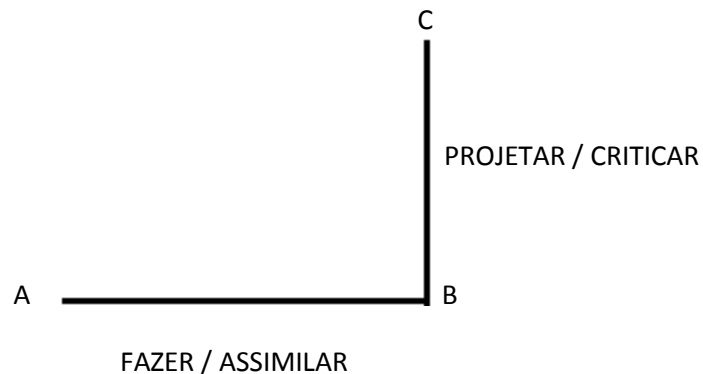
Além das variáveis já citadas nas pirâmides, temos que nos preocupar com os crescimentos horizontal e vertical do trabalho. No crescimento horizontal, buscamos ocupações cada vez mais complexas, a partir das mais simples. Essa busca se dá numa mesma linha “hierárquica”, ou seja, nossa preocupação está afeta apenas às funções mais “grosseiras” do fabricar, apenas às ações mecânicas.

Já o crescimento vertical implica e exige um aumento de responsabilidade na transformação do material e está afeta à descoberta da função da transformação, à função do objeto pronto, à função da posse dos mesmos e, por extensão, à descoberta e crítica da função da própria Terapia Ocupacional.

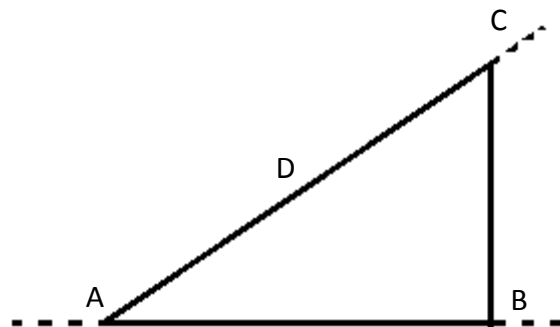
Citando Lowenfeld e Brittain, temos:

“Pintar, desenhar ou construir são processos constantes de assimilação e projeção: absorver através dos sentidos uma vasta soma de informações, integrá-las no seu eu psicológico

e dar uma nova forma aos elementos que parecem ajustar-se às necessidades estéticas (e afetivas e emocionais, completamos) do artista (e do paciente)” (18), isto é, o processo terapêutico ocupacional e explica os crescimentos horizontal e vertical da seguinte forma:



Partindo do ponto A até alcançar o ponto C podemos traçar uma linha D que dará origem a um triângulo retângulo:



A linha D significa a evolução pretendida para o paciente. Se, a partir do ponto em que ela se interrompe, traçarmos o segmento CB até encontrar AB, então teremos o nível em que se encontra o paciente com relação aos crescimentos horizontal e vertical do trabalho. Claro está que, à medida em que os segmentos AB e AC se distanciam, maior será o horizonte de possibilidades do paciente. Vamos aplicar esse esquema a uma atividade qualquer, por exemplo: colagem.

Para se conseguir um bom trabalho com essa técnica que é, por excelência, de agressão e reconstrução, sendo, ao mesmo tempo, indicada para liberação da agressão e reparação da culpa, temos que seguir os seguintes passos:

COLAGEM

Passo 1 - Picar papéis coloridos (revistas velhas) em pedaços pequenos;

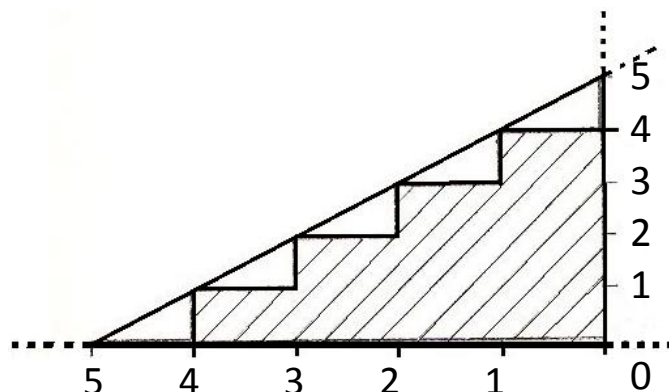
Passo 2 - Separar e agrupar os pedaços de papel pela cor;

Passo 3 - Fazer um desenho, sem muitos detalhes, sobre uma cartolina, ou qualquer outro papel, que servirá de base ou tela;

Passo 4 - Aplicar cola sobre a base e colar os papéis picados, conforme a cor desejada, segundo o projeto;

Passo 5 - Após todo o desenho ter sido recoberto de pequenos pedaços de papel, então, com tinta guache, reforçar os contornos, procurando dar maior unicidade ao quadro, buscando dar àquele mosaico um aspecto de pintura em relevo e com perspectiva.

Vamos transcrever:



O **PASSO 1** é o mais regredido e agressivo de todos. Exige apenas que o paciente rasgue o papel. Responsabilidade, verbalização, imaginação, habilidades = 0 (zero).

O **PASSO 2** exige o conhecimento das cores, no mínimo, e sua conseqüente identificação. É um passo menos agressivo e que pela necessidade de agrupar as cores, já sugere uma reconstrução. Responsabilidade, verbalização, imaginação, habilidades, conhecimentos = 1 (um).

O **PASSO 3** requer alguma capacidade para agrupar as imagens mentais, um pouco de habilidade motora mais sofisticada. Responsabilidade, verbalização, imaginação, conhecimentos = 2 (dois).

O **PASSO 4** exige que o paciente consiga seguir o projeto, reconheça formas e cores, consiga manter-se dentro do seu planejamento. Este passo é o mais reconstrutor de todos. E, devido ao fato de o desenho sobre a base ter sido feito de forma livre, sem muitos detalhes, como também devido ao fato do papel ter sido picado sem uso de tesouras, e portanto, ter tamanhos diferentes e formas irregulares, oferece ao paciente uma ótima oportunidade de mudar o próprio projeto e de rejeitar a sua exigência inicial. Nesta etapa, ele já começa a solicitar maior flexibilidade para mudanças. Responsabilidade, verbalização, imaginação, habilidade, conhecimento e flexibilidade = 3 (três).

O **PASSO 5** é o mais difícil de todos e o mais reforçador. O paciente precisa ter maior habilidade no uso do pincel, conhecimento dos tons das cores e como produzi-los, precisa aplicar o guache de forma atenta para que o recorte não fique perdido sob o mesmo. Responsabilidade, verbalização, imaginação, percepção das três dimensões, senso estético = 4 (quatro).

Como vimos, à medida que o trabalho cresce em horizontalidade, cresce também de forma simultânea e concomitante em verticalidade e o paciente assimila e projeta.

Então, o fato de se estar em trabalho vai promover, com o aumento das habilidades motoras um aumento das capacidades de conceituar e criticar.

A partir deste ponto, podemos concluir que a Terapia Ocupacional, antes de ser apenas uma técnica laborativa, é uma atividade eminentemente crítica do ato de fazer e, portanto, da postura de ser. E ela não necessita, como condição sine qua non, de uma capacidade de verbalização ou de crítica ótimas, preexistentes. E isto se explica na medida em que os extremos são iguais, o princípio é igual ao fim; um sendo como que a sombra do outro. Não verbalizar é o princípio da verbalização, já que os dois são apenas duas formas de comunicação, daí a similitude dos opostos.

A Terapia Ocupacional parte formalmente do ponto onde se encontra o paciente dentro do triângulo retângulo, não solicitando nenhum outro nível de regressão além daquele já alcançado pelo paciente.

Sua atuação é sempre no sentido da esquerda para a direita. Acreditamos que qualquer outra regressão que por acaso ocorra durante o processo terapêutico ocupacional coincidirá com a sua concomitante evolução, e isto porque, obrigatoriamente, os antípodas são concomitantes e simultâneos no trabalho. Cabe salientar aqui que as duas figuras geométricas empregadas por nós são úteis na medida em que precisamos ser didáticos. De fato, elas são apenas uma forma de representar não sendo, portanto, uma maneira de organizar a conduta terapêutica e nem de medir níveis ou estágios onde se encontra o paciente, já que organizar e medir são uma consequência da mobilidade dinâmica da relação homem-trabalho.

A Terapia Ocupacional, enquanto técnica em aplicação, é muito simples e ultrapassa-nos por isso mesmo. Por isso, a busca de figuras geométricas que representassem nossa técnica, que dirigissem nossa ação e entendimento, se deveu a que, para entender esta simplicidade, o homem precisa ter um pensamento crítico sofisticado. E que isto não implica em explicações confusas. Mas dispensa, porque é impeditivo, o pensamento simplista. Essa pirâmide e o triângulo retângulo são forma simples de definir a Terapia Ocupacional, suas relações, seus objetivos, sua dinâmica. Mas não são, de maneira alguma, uma ideia simplista.

A PACIENTE

Entrevista com o psiquiatra em 4 de fevereiro de 1977.

HISTORIA DA MOLÉSTIA ATUAL: A paciente estava cursando a universidade, há 17 anos, quando um “tarado” correu atrás dela, passando a mão em seus seios, deixando-a muito impressionada e julgando-se “deflorada”, pois a família sempre foi muito religiosa e de educação muito severa. A paciente tinha, na época, 19 anos. Passou a ter crises de nervos, com manifestações agressivas. Foi levada a outra cidade, onde submeteu-se a sonoterapia. Após a alta, ficou em casa algum tempo, “boa”. Não voltou a estudar, mas trabalhava em serviços domésticos normalmente.

A primeira internação deu-se há 16 anos aproximadamente (1961), sofrendo outras 13 posteriormente.

Atualmente, está em sua pior fase, agitação constante e agressiva.

Fez uso de: Gardenal e Neozine.

HISTÓRIA PREGRESSA: “*Sempre foi uma personalidade difícil*”, sempre cuidava apenas de seu pai, não se interessando pela mãe. Suspeita de encefalite e grande mal epilético por época da sua primeira crise. Entrou para a escola com 8 anos, cursou até o 2º. ano de letras (francês), quando se transferiu para a Faculdade de Ciências Físicas e Exatas. Queria fazer medicina, mas não passou no vestibular. Nunca teve ciclos menstruais normais. Tinha namorados, mas não se dava bem com eles.

TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO: Esteve internada Belo Horizonte, de 4 de fevereiro de 1977 a 30 de março mesmo ano - aproximadamente dois meses. Durante o internamento, constatou-se um quadro psicótico de longa duração, já apresentando defeito psicótico. Diagnóstico: Esquizofrenia Residual (295.6).

Fez uso de:

- Anatensol: 2,5 mg - 2/dia às 8 e 20 h
- Akineton: 2/dia às 8 e 20 h
- Neozine: 25 mg - 1/dia às 20 h
- Gardenal: 1/dia às 20 h

Diante das poucas possibilidades de recuperação apenas por tratamento medicamentoso, pensou-se em atividades praxiterápicas para a paciente. A família (irmã-tutora) mostrou-se interessada e participante, o que nos motivou a lhe dar alta hospitalar após a remissão dos

distúrbios agressivos, encaminhando-a a um serviço de Terapia Ocupacional, a 30 março de 1977. Este foi nosso último contato com a paciente.

ENTREVISTA COM O TERAPEUTA OCUPACIONAL: A paciente nos procurou no dia 11 de abril de 1977; acompanhada da irmã (sua tutora). A primeira vez em que a vi, era realmente desesperador o seu aspecto. Tinha o decote da blusa caído pelos ombros, o rosto envelhecido, cabelos brancos davam-lhe 50 anos de idade quando, na verdade, tinha na época 36 anos.

Era extravagante no vestir, no falar e não se avaliava adequadamente. Não tinha os dentes, exceto dois caninos, e dizia ser a moça que *“tenho os melhores dentes dessa cidade”*. Era incoerente no falar, não *“criticava”* os anos que passara internada em um hospital psiquiátrico (14 anos aproximadamente), dizendo que tinha estado lá para fazer provas às 8:00, 14:00 e 20:00 horas, *“porque um tarado tinha lhe enfiado um pau na nuca”*.

E com relação a algum tipo de ocupação que pudesse existir naquele hospital, ela dizia *“lá tem um pouco de revista, e elas bordam; eu não”*. Sua higiene pessoal era pouca nenhuma. Quando menstruada não usava absorventes, não cuidava de suas roupas íntimas e nem fazia questão de usá-las. Porém, negava todos os aspectos grosseiros de seu modo de ser, dizendo-se muito fina e educada, por ser de *“família muito importante”*.

Durante a entrevista, não permitiu que a porta fosse fechada e a cada momento procurava pela sua acompanhante; foi com muito custo e dificuldade que conseguimos colher algumas poucas informações. Negava tudo e não se dispunha a tratar-se. porque, segundo ela, não tinha nada.

Dispunha-se menos ainda a tratar-se por um método ocupacional, já que *“a única coisa que meus pais querem para mim é que me deixem quieta, com boa comida, cama macia. E é só. E é só.”*

Marcamos 3 (três) sessões semanais individuais de Terapia Ocupacional.

NOTA:

A história da paciente está simplificada, devido à *“censura”*¹ por parte da família nos trechos da obra que a identificava. A família autorizou a publicação do livro como ele a agora é oferecido ao público, mas com os cortes feitos pela irmã-tutora para que não se identificasse com exatidão a paciente, para proteção sua e da família.

¹ A palavra *“censura”* consta do documento de autorização da família de MS.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA PACIENTE

Durante os 14 meses que MS permaneceu sob nossos cuidados, ela submeteu-se a várias ocupações: pintura livre sobre papel, pintura sobre cerâmica cozida (biscuit), modelagem, tapeçaria, artesanato em couro, atividades do lar e da cozinha, teatro, canto coral; participou ainda de todas as festas realizadas no SER. TO e em casa de outros pacientes.

As atividades na Terapia Ocupacional não só têm o peso de definição e limites da técnica, como são a medicação que o técnico usa. Não é preciso prescrever todas as ocupações possíveis existentes na clínica.

A indicação abusiva de ocupações, a mudança constante delas sem uma razão dinâmica que justifique esta conduta, produz um aumento da resistência, facilita e predispõe à manipulação das situações, aumenta a voracidade, diminui a força empenho, altera a notícia da realidade pelo aumento da onipotência. É verdade que a ocupação, por si só, é o elemento de cura, mas a constância do empenho transformador, o ritmo da transformação, a propriedade da indicação, a identificação com a atividade e os materiais, são elementos que não se pode esquecer, do contrario a mesma ocupação que cura pode interpors na relação como instrumento de barragem, pode significar até reforço da conduta doentia, pode transformar a hospitalização (quando for o caso), ou a doença, em um doce gostoso de comer.

O importante é selecionar, no imenso universo de possibilidades de ocupações e materiais, aqueles que, de fato, mais rápida e positivamente alcancem o cliente nos níveis em que se pretende atuar.

Assim é que, se a intenção for de suprir o cliente de vivências positivas e reforçadoras do seu ego, as ocupações devem conter elementos suficientes para isto. De outra forma, se a intenção for de dar ao cliente uma oportunidade de liberação profunda, é preciso cuidar para que o material e a ocupação tenham também, em si, elementos predisponentes dessa conduta. Não existe uma ocupação ideal.

Portanto, a análise do material, da ferramenta e da ocupação deve ser feita com muita preocupação pelo Terapeuta Ocupacional, antes da indicação, já que toda ocupação, ferramenta e material, trazem em si sua tese e sua antítese.

Da seguinte forma: o instrumento elétrico que facilita o corte da madeira ameaça, pela sua rapidez, e pelo fato de ser um instrumento de corte. O pincel que facilita a expressão pode produzir dificuldades por ser um objeto raro na vida do cliente e, da mesma forma, impedir o contato da mão com a tinta. O papel colorido que agrada pela sua lisura, pelo brilho, frustra quando da aplicação, já que, sob a ação da água da cola, ele pode enruguar e, assim, poderíamos citar vários exemplos.

Agora podemos dizer que o importante ao selecionarmos uma ocupação, para indicá-la, é conhecer bem que características positivas e negativas cada material e ferramenta, necessários para esta ocupação, têm, e se ela de fato é a indicada para aquele paciente.

Com este pensamento, e preocupado pela longa e agressiva hospitalização a que fora submetida a cliente, e por lembrarmos que, nessas condições, o paciente perde, logo de início, os direitos mais mezinhos, tais como ter dinheiro consigo, ter seus objetos de uso pessoal, seus documentos e, por isso mesmo, tem seu espaço pessoal muito diminuído, sua identidade e individualidade apagadas e, também por este motivo, tem seu ego muito fragmentado, pois, sob as condições cronicadoras de toda hospitalização longa, qualquer pessoa acaba por ajustar-se para, de alguma forma, sobreviver, ainda que ela pague como preço a apatia, o desinteresse, a perda da capacidade de criar, planejar e executar.

Preocupado com tudo isso e por saber que as palavras não tinham para MS o mesmo sentido que tinham para mim, e porque acredito que ao construir pequenos objetos, livre da intenção de fazer belas artes, a paciente descobriria de novo o sentido da vida, descobriria ainda que ele teria de ser procurado, sem nenhum compromisso com o acerto, pois se se compromettesse com o resultado ela ficaria mais distante ainda da vitória, e por saber que ocupando-se a paciente cobriria que não se fabrica um sentido para a vida. E que, ao tentar construí-lo artificialmente apenas mostraria um “não-senso” ou, mais especificamente, seu sentimento de “vazio existencial”, que fora reforçado pelo ócio durante a hospitalização. Se o excesso de tensão é patógeno, também o é a sua inexistência. O homem precisa ter algum nível de tensão, nascido da relação com alguma coisa concreta, para poder solver suas necessidades, assim como reconhecer e confirmar suas possibilidades. A busca do sentido da vida reside na busca mesma e não no resultado. O sentido não é uma dependência da duração da vida, nem tão pouco de sua qualidade; esta, sim, é dependente direta da existência ou não do sentido da vida. Quando se procura um sentido para a vida, mais distante fica o prazer, porque o indivíduo começa a padecer *“de uma enfermidade de natureza menos mental que espiritual, e não raro proveniente da convicção de que nada tem sentido”* (27). Acreditamos que quando o paciente descobre, pelo trabalho o sentido da vida, ele fica imunizado contra a apatia e o conformismo. Com toda essa crença, iniciei a terapia ocupacional de MS pelas atividades de couro e música, por serem eminentemente reforçadoras do ego e não-verbais. Além de especificamente com o couro, dar-nos a oportunidade de trabalharmos a quatro mãos.

COURO: Dentre os muitos materiais que o Terapeuta ocupacional pode escolher para trabalhar, este é um dos mais agradáveis e bonitos. É um material natural, manufaturado, o qual, depois de curtido, torna-se flexível e permeável à água. Sobre sua superfície lisa (flor) pode-se aplicar tintas, fazer baixo relevo, escrever a fogo, etc.

Devido à sua lisura e maciez, exceção feita à sola, o contato com o couro pode sugerir o contato com a pele humana. Isto fica muito evidente quando se vai trabalhar com peles delicadas e finas como a pele de porco. Por esta razão, este material pode ser rejeitado. Mas isto não é tão habitual; em nossa experiência só observamos algumas dificuldades de contato com ele em alguns casos de fobia e obsessão.

A atividade com couro é voltada para o reforço do ego, a execução de objetos neste material exige um projeto, uma conduta programada, o que garante baixo nível de frustração. Além disso, o projeto pode ir pouco a pouco tornando-se mais difícil e complexo. O que vai exigindo, a cada passo, a lembrança de um número cada vez maior de capacidades esquecidas, ou mesmo, nunca utilizadas.

As atividades com esse material exigem contato longo com o mesmo, o que leva a paciente, pelo menos aparentemente, a manipular e “repensar” por mais tempo o mesmo sentimento, ideia ou lembrança, advindos desse contato. Isso equivale a pedir ao paciente que nos conte outra vez a mesma história. À força de tanto repetir, muitos pontos esquecidos são lembrados e novas ligações são feitas.

Os objetos, depois de prontos, pertencem ao paciente, o que lhe dá a alegria de ser proprietário, e o direito de dispor deles como bem lhe aprouver. Com esta atividade, procurávamos prover MS da oportunidade de readquirir uma percepção mais alentadora de si mesma. Buscávamos ampliar seu espaço pessoal, pela posse dos objetos. Buscávamos, também, através da posse, sua inserção no grupo familiar com um novo papel, já não era incapaz, mas uma parente que se reabilitava.

Além de exigir um projeto e uma ação programada, as atividades com couro têm a característica de serem liberadoras da agressividade, mas com uma concomitante reparação da agressão. Da seguinte forma: para fazer um baixo relevo, é preciso que o paciente bata com martelo um ferro que tenha em sua ponta alguma coisa gravada (fase de agressão), ao interromper a ação de martelar, o paciente encontra no couro, por exemplo, uma flor gravada (fase da reparação). Outra característica do couro é que, por ser um material muito resistente as ações de agressão nunca chegam com facilidade a se transformar em ações destrutivas, o que, por si, leva a uma diminuição da culpabilidade e a um controle da impulsividade, e tudo isto sem a menor intervenção verbal.

Esta ocupação e material foram escolhidos para serem os primeiros e mais constantes no início da terapia de MS, porque acreditei que só poderia fazer uma ação mais profunda depois de ter feito uma ação de reparação e reforço firme e imediata.

MÚSICA: A música, enquanto instrumento de ocupação, é muito recreativa, relaxante, educadora. Promove o restabelecimento das relações interpessoais, aumenta a autoestima, organiza grupos e pessoas isoladamente, já que por si só exerce poderosa influência sobre o homem.” (8)

No início de sua terapia, MS não conseguia um contato mais livre com o couro, nem se permitia um contato mais próximo comigo, nem eu esperava o contrário. Por essa época, ela mussitava sem parar, e/ou apenas chamava pela sua acompanhante. Era preciso que a alcançasse, e quanto mais rápido melhor. Então solicitei que, uma vez por semana, a musicoterapeuta me acompanhasse no seu atendimento. Então cantávamos, enquanto trabalhávamos com couro. Nas outras sessões, eu continuava cantando baixinho durante o

trabalho, e sempre cantava músicas do folclore francês, aprendidas com a musicoterapeuta. Quer me parecer que cantar em francês era como permitir a ela falar uma língua estranha, de delírio.

E o delírio é uma linguagem tão estranha quanto o francês o é para nós, que falamos português. A repetição das mesmas músicas aliviava a atenção que os conteúdos persecutórios exigiam, fazia apelo à memória e lhe despertava lembranças mais alegres e sadias. Além disso, cantar baixinho, de forma monótona, produzia como que uma sonolência, pelo relaxamento da guarda e fazia-a centrar sua atenção em mim.

Produzia uma aproximação, pela identificação, já que eu estava falando ou cantando numa língua cuja aprendizagem ela, um dia, iniciara.

A presença da musicoterapeuta aliviava as tensões fortes vividas pela paciente no início de seu contato comigo, porque era como se eu reconhecesse que ela tinha razão e direito de ter medo e aceitasse também esse sentimento. Não procurava explicar nada. Só tentava, através dessa *“atividade não verbal”* (8), levar MS a uma vivência de relaxamento da atenção e a reviver o *“tempo bom”* passado na faculdade de línguas. Em suma, procurava suprimir, o mais rápido possível, aquele círculo terrível que era seu contato com o mundo. E nenhuma atividade produziria esta supressão tão rapidamente quanto a música. E isto porque *“fazer ritmo organiza e proporciona energia”* (8), e, se produzido em grupo, funciona como vínculo de união, facilita a melhoria do comportamento social pelo rebaixamento do sentimento de abandono e pelo aumento do sentimento de pertinência grupal, porque produz com naturalidade uma postura mais positiva em relação a si mesmo e uma descoberta do outro com mais facilidade. A música torna possível a vivência rápida de êxito, colaboração, responsabilidade e autoestima. Permite escolher a melhor e menos agressiva resposta ao grupo.

Quando MS passou a se tratar em grupo ela participava do canto coral. Buscávamos inseri-la dentro de um contexto social onde sua individualidade fosse reforçada pela diferenciação de sua voz. O canto coral produz essa inserção de forma rápida com um mínimo de condução verbal.

Nessa etapa de sua terapia, era habitual o grupo fazer vários jogos rítmicos, tais como compor músicas com apenas uma palavra, por exemplo, o nome de cada paciente. Essas músicas consistiam em chamar a pessoa de muitas maneiras e entonações diferentes. Aqui, era interessante notar o quanto de sentimento se pode transmitir quando se chama o outro pelo nome com modulações em impostações diferentes.

Em outras sessões, os jogos ficavam mais complexos, e já se tratava de compor músicas com letra, uma melodia harmoniosa. Essa etapa era mais afeta a uma síntese do que grupo tinha interiorizado da pessoa-moto da música. É uma etapa sempre reforçadora do ego (ainda que possa ser um pouco ameaçadora) e da identidade. É muito gratificante pois se permite falar o que sente sobre o outro, como se gratifica porque ouve o que o outro pensa e dele. Nessa etapa ocorre a perda da anomia, a reaquisição da identidade pessoal, o reconhecimento social

e o sentimento de pertencer a um grupo, onde, apesar do quanto isso possa ser perigoso, o indivíduo não se encontra esquecido ou abandonado.

MODELAGEM: A mágica das palavras foi-se perdendo. E hoje, de todos os materiais que o homem busca para se comunicar, ela é a mais desgastada, e o Terapeuta Ocupacional se volta para materiais mais antigos e permanentes, como a terra e a argila, entre outros.

A argila é um material natural, muito maleável, cujas partículas deslizam umas sobre as outras, quando molhada. Quando seca, as partículas não se movem e a argila quebra com facilidade.

No trato com a argila, o homem descobre, sem consciência de esforço, que sua liberdade cresce à medida que ele aumenta sua capacidade de dar a esse material pesado a leveza de seu pensamento. E isto é facilitado, não só pela extrema plasticidade e naturalidade do material, que sempre sugere novas formas, como também, para o Cristão, pela sua origem e seu fim. Apertões ou torceduras na argila promovem o rápido aparecimento de formas muito sugestivas e estimulantes. Repetindo Herbert Read no que se refere às artes e à escultura, ternos *“a prática da arte é um dos meios (mais eficaz) que permite reorientar os instintos agressivos dos homens para canais de reconciliação e pacificação. De todas as artes plásticas, a escultura talvez seja mais eficaz do que as outras porque envolve o artista num ataque direto a um material tridimensional sólido. A escultura, adequadamente compreendida e praticada, é uma aventura total e empenha o corpo inteiro, direta ou indiretamente, numa luta muscular, numa coordenação de tensões que, em relação ao material, pedra ou argila, são agressivas e, em relação ao resultado almejado são pacíficas e conciliadoras”* (20), o que vem reforçar nossa tese da simultaneidade e concomitância dos opostos na relação ocupacional terapêutica em qualquer atividade.

Foi nesta atividade que MS demonstrou maior resistência em pegar o material. Os resultados não foram significativos, e penso que isto foi devido à prematuridade da indicação desse material, assim como pela inexistência da identificação com o mesmo. Como já disseram Lowenfeld-Brittain no seu livro *“Desenvolvimento da Capacidade Criadora”*: *“não há expressão artística possível sem auto-identificação com a experiência revelada, assim como com o material artístico utilizado para esse fim. Este é um dos fatores básicos qualquer expressão criadora: é a autêntica expressão do eu. Os materiais artísticos são controlados e manipulados por indivíduo e o plano completo é seu. É o indivíduo quem usa seus materiais artísticos e sua forma de expressão de acordo com suas próprias experiências pessoais”* (18).

Acredito que a longo prazo MS conseguiria trabalhar esse material tão desmanchado que é a argila e tão primevo quanto o homem, porque: *“Como essas experiências mudam com o crescimento, a auto-identificação abrange mudanças sociais, intelectuais, emocionais e psicológicas”* (18) no íntimo do paciente, o que promove com naturalidade a necessidade de experimentar novos materiais, mesmo aqueles altamente ansiogênicos como a argila.

A identificação da argila como matéria de que foi feito o primeiro homem, assim como a identificação da modelagem com o ato de criar a vida, foram motivo de belíssima citação do poeta oriental Omar Khayyánn. Para ele, os vasos de cerâmica são os homens e Deus o oleiro.

Mas ocorre que quando se vai modelar de fato, a onipotência divina é transferida para aquele que modela. *“Entre os Vasos sem voz não era singular / Que existissem alguns capazes de falar? / Fez-se silêncio e após balbuciou o primeiro: / - Dizei qual será o vaso e qual será o Oleiro?”*

Esta profunda relação entre o material e o oleiro é a garantia de que, quando se modela, modela-se a si mesmo; e isto é muito ansiogênico. A identificação que se faz com a argila, a plasticidade dessa, que exige uma conduta idêntica do paciente, fazem-no temê-la.

A atividade em argila está voltada para expressão profunda do ego. A resistência que este material pode produzir é dada exatamente pelas suas grandes vantagens: plasticidade e tridimensionalidade. Em modelagem, a única forma de se conseguir alguma defesa é não pegar a argila, pois, nesta técnica, ela fica reduzida a zero e o sentimento de desnudamento eleva-se a dez. Frente a essa realidade, o ego avalia o perigo e experimenta uma certa ansiedade.

Em função de evitar a dor, seja qual for sua origem, o ego pode defender-se do contato com a argila, evitando-a simplesmente.

Em razão de existirem outros materiais que promovem um aprofundamento do paciente no seu ser total sem a mobilização de muita ansiedade, e porque o paciente pode estar numa situação de muita dor ou muito defeituoso, acredito que a indicação da argila como instrumento de terapia não deva ser imposta a ele. A urgência do Terapeuta ao indicar esse material, só produz um aumento desnecessário da ansiedade do paciente e, portanto, um reforço da resistência. Preciso salientar que a Terapia Ocupacional tem sua indicação precípua para psicóticos, e por isso o conhecimento do que os materiais possam suscitar ou levar o paciente a viver, deve ser do conhecimento do Terapeuta Ocupacional, a fim de torná-los úteis quando de sua indicação.

Dissemos acima que as mudanças emocionais e psicológicas do paciente promovem nele a procura de novos materiais, ainda que ansiogênicos. Basta que respeitemos seu ritmo próprio, seu plano de vida e ele buscará a argila tão logo sinta-se capaz de se colocar frente a ela, da mesma forma plástica e tridimensional com que ela se “põe” frente a ele.

ATIVIDADES NA COZINHA E COSTURA: Durante as hospitalizações muito longas, os pacientes se veem privados de suas atividades habituais e das habituais de seu sexo. Isso promove alteração na autoimagem, reforça a doença, retira o homem do grupo social, produz a anomia. Buscávamos, com estas atividades, corrigir esses defeitos, reintegrar em nossa paciente a imagem e conceito de mulher-mãe.

Essas atividades exigem um equipamento especial, real, e é uma atividade onde não se encontra nada de “faz de conta”. É inteiramente voltada para as necessidades reais de alimentação e vestuário. Então, aqui, o objeto produzido tem que ser verdadeiro, real. Escapa, pois, do nível simbólico.

Ao final do trabalho, todos comem o que alguns produziram, nessa etapa, à função real acresce-se a função simbólica de estar amamentando o outro.

As dificuldades dessas atividades são propostas pelo longo tempo que demandam, pois são muitas etapas exigidas por elas, e pelo preço habitualmente caro dos materiais, além dos preconceitos ocupacionais e dificuldades ligadas à figura materna. Nessas atividades, em especial a de cozinhar, MS, a princípio, demonstrou muita resistência, pois considerava-a uma atividade “menor”.

No SER. TO, as atividades de cozinha foram organizadas seguindo 6 (seis) etapas, cujos objetivos eram complementados na etapa seguinte, de maneira a ir do mais simples ao mais complexo. Evidentemente, as etapas não são postas de maneira rígida. Elas são apenas uma forma programar e se destinavam a: recreação, descontração grupal e aproximação - atividade: comer juntos o lanche que alguns fizeram ou compraram.

Desenvolver habilidades para tarefas domésticas - organizar e preparar um lanche. O preparo do lanche é uma atividade mais expressiva e criativa.

Copiar e criar receitas; destinam-se a ensinar e aumentar habilidades culinárias. Preparo de pratos típicos – destina-se outra vez à aprendizagem e reforço das habilidades recém-adquiridas ou relembradas.

No início de cada sessão, os componentes do grupo organizavam material e utensílios que seriam usados. No final, faziam a limpeza dos objetos usados e os guardavam em seus lugares.

A costura se limitava a embainhar roupas ou pequenas toalhas, pregar botões, passar alguma peça a ferro.

Isso pode parecer pouco, mas é incrível o quanto a falta dessas habilidades aumenta o índice de dependência do paciente e o quanto leva a um aumento da agressão familiar a ele. Evidentemente o aprendizado dessas pequenas coisas produz no paciente um sentimento maior de auto-suficiência. Além disto, costurar corresponde a emendar um pedaço de pano no outro, fica fácil inferir que costurar corresponde a emendar uma lembrança à outra.

Isso fica muito claro quando se sugere ao paciente fazer alguma atividade a partir do reaproveitamento de tecidos usados em roupas de seus familiares ou dele próprio. A roupa é como uma segunda pele para quem a veste e passa a ser, poderíamos dizer, o depositário das lembranças das situações vividas quando se estava vestido com elas. Daí que reaproveitá-las equivale a lembrar situações, agradáveis ou não, o que por si só facilita e dirige a conversação porque estimula a memória.

FESTAS: Sempre procuramos dar ao nosso trabalho de assistência ocupacional a maior aproximação possível da realidade cotidiana de trabalho e de diversões da sociedade. Procuramos fazer com que nossas atividades tenham um cunho comum reconhecível e reconhecido de todos. Procuramos integrar, tão rápido quanto possível, o cliente em seu meio

habitual. Para isso promovemos também festas dentro e fora da clínica. Essas festas têm as mesmas funções e organização que quaisquer outras na comunidade. Organizar uma festa, fazer convites, preparar o cardápio, fazer doces e salgados, produz no cliente um forte sentimento de autorrealização e de aceitação. Mas, para ser uma festa verdadeira, tem que ser realizada como qualquer outra; ou seja, em horário diferente do de trabalho, em dia de feriado ou num fim de semana; sempre procuramos o comum a todos. E aí começa a ficar difícil a realização dessa atividade, pois exige da família o comparecimento à clínica ou à casa de outro cliente em horário que ela destinaria a outra atividade. Além de exigir que ela assuma seu familiar doente publicamente e reconheça que apesar de tudo, eles são pessoas que também precisam ser amadas e assistidas de perto, por mais difícil que isto possa ser.

Exige também o comparecimento da equipe ao local da festa em horário habitualmente longo. Tudo isto precisa ser superado para que essa atividade se realize. Nessas festas, MS se divertia a valer, dançava muito, e não faltava a nenhuma.

TAPEÇARIA: Além das atividades desenvolvidas na clínica, outra foi sugerida para ser feita em casa: tapeçaria.

Esta indicação se deveu ao fato de precisarmos alongar o contato de MS conosco ainda quando fora da “escola”, como ela se referia à clínica. E foi escolhida a tapeçaria, porque, além de ser uma atividade de que a paciente gostava, é uma ocupação repetitiva que, portanto, não oferece muitas oportunidades de erros que poderiam ser muito frustradores, a ponto de levá-la a abandonar o projeto. O objeto era trazido à clínica e levado de volta para casa todos os dias de sessão, isto para reforçar o vínculo “tapete/escola”, “professor/aluno”. Outra razão para a indicação da tapeçaria realizada em casa é a de promover a aproximação de outras pessoas, já que o resultado fica bonito, chama atenção pelas cores e maciez, o que dá ao paciente melhor “status”, novo papel, e porque, em caso de dúvidas no bordado e de se ver necessitando de pedir ajuda, a aproximação nesses termos é menos ameaçadora, porque é dirigida.

Essa atividade, devido à repetição (o ponto é sempre o mesmo), poderia ter sua indicação criticada, se formos considerar apenas o diagnóstico de MS e a necessidade de relações mais ricas que ele exige. Mas, se esquecermos o diagnóstico com suas exigências e pensarmos em MS como um todo que, apesar de tudo, ainda tinha algumas coisas a serem salvas, então começamos a aceitar que atividades repetitivas possam ser indicadas para esquizofrênicos. Mesmo porque MS não realizou apenas esta; concomitantemente outras atividades, com outros objetivos, foram realizadas. Se se pode criticar a ação repetitiva, é preciso lembrar que o contato com lá é, devido à sua maciez aconchegante e às cores, muito estimulante. Como já dissemos anteriormente, todo material, toda ferramenta, toda atividade, traz em si sua tese e sua antítese. Nessa atividade, procurávamos fazer grandes desenhos abstratos, com forma simples, para aumentar o ritmo de trabalho e, desta forma, evitar o cansaço que a monotonia da repetição poderia levar MS a sentir e, desta forma, também levá-la a abandonar o projeto.

Parecia-nos essencial que ela não abandonasse mais um projeto, fosse qual fosse.

PINTURA SOBRE CERÂMICA COZIDA (BISCUIT): Dissemos acima que intervir na realidade exterior modificando-a, modifica o artesão em suas realidades interiores. Pois bem: uma peça de cerâmica, depois de cozida, é uma peça acabada, completa, pronta para o uso a que se destina. O simples cozimento faz o acabamento da peça, dispensa qualquer outro, a menos que se queira fazer alguma pintura sobre sua superfície. Mas se não o fizermos, a cerâmica permanece bonita e útil da mesma forma. Frente ao objeto pronto, a ideia que se tem é de que nada mais pode ser feito e, se tentado, corre-se o perigo de estragá-lo definitivamente, mas, por lado, a observação intensiva de um objeto desperta o desejo de fazer com ele alguma coisa. Fazer qualquer coisa ele intensifica, por sua vez, a observação do mesmo. Essa interação mútua estabelece um contato mais forte com objeto da atenção do paciente.

Prover o cliente de uma oportunidade onde ele possa, pela pintura a frio (pintura que não vai ao forno de oleiro) mudar o aspecto do objeto sem perder a utilidade, sempre me pareceu extremamente importante, porque equivale a experimentar uma nova conduta frente a uma situação velha, já conhecida, cristalizada. Esta técnica exige uma observação mais acurada do objeto, um projeto de pintura que combine com sua forma e textura. Exige atenção, cuidado, controle dos impulsos, senso estético, habilidade motora desenvolvida o bastante para se pintar uma superfície côncava, convexa e às vezes áspera, irregular (cerâmicas mais rústicas).

É uma atividade complexa, com vários e diferentes níveis de dificuldades e estímulos, que, no seu final, deixa para o cliente o sentimento positivo de ter podido intervir sem violentar, de ter coparticipado da criação do objeto.

Portanto, ser capaz é partícipe; a loucura dá um sentimento exatamente oposto a este. Como vemos, é atividade eminentemente voltada para o reforço do ego, com apelos projetivos no momento em que se escolhem as cores e cognitivos quando se faz o projeto.

Nessa atividade, MS agia de forma intuitiva pura e simplesmente. Pegava um lápis, sobre a cerâmica fazia o contorno do que queria, aplicava a tinta. Trabalhava de forma vagarosa e atenta, depois olhava longamente para o seu trabalho. Quando a tinta estava seca, comunicava-me que levaria a peça para casa. E assim fazendo, ia pouco a pouco preenchendo seu mundo. Talvez essa acumulação se desse numa forma que lembra a ação de uma criança que coloca a sua volta todos os objetos que estão ao alcance de suas mãos sem fazer nenhuma ligação entre eles.

Mas, de qualquer forma que se desse esta posse, sua importância reside no fato de que ela estava sensivelmente reconstruindo-se e concretamente acumulando experiências, lembranças, aumentando seu espaço pessoal.

A posse de objetos como forma de ampliar-se é frequentemente visível em hospitais psiquiátricos, onde os pacientes, por falta de lugar onde guardar seus objetos pessoais e de ter sobre eles algum controle, e por se sentirem extremamente espoliados e esvaziados, trazem-no consigo todo dia e mil outras coisas úteis e inúteis, mas sempre úteis para eles; assim também MS fazia em nossa clínica quando iniciou seu tratamento. Trazia consigo uma sacola

com todos os objetos fabricados por ela e papéis velhos, dobrados (velhos hábitos, antigas carências).

Pouco a pouco, foi perdendo essa necessidade, porque se tornara mais rica pela posse de suas “artesanias” mais preenchida pelo acúmulo de suas experiências e, por isto mesmo menos vulnerável.

Quando ela alcançou este estágio, já não solicitávamos que ela trouxesse seu tapete a cada sessão, pois ela já era capaz de manter a relação conosco sem aquele artifício.

PINTURA SOBRE PAPEL; *“Abstrair-se das realidades exteriores e voltar-se para as realidades interiores é uma constante da condição humana”* (23), diz Carlos Cavalcanti. Pintar livremente atua de forma direta, tanto na organização individual como sobre a organização social. Ao pintar, o sujeito busca representar seu ideal, expressar a sua visão do mundo, das coisas e das pessoas, mesmo quando ele afirma que vai desenhar o que está objetivamente vendo na realidade exterior. Mas ao entrar em contato com os materiais dessa técnica, ele perde o controle sobre suas “pulsões” e pinta suas reações emocionais com seu próprio mundo e com o mundo que o cerca. Pinta as coisas que o agradam e desagradam, sem se preocupar com a representação formal identificável; sem levar em conta perspectiva e proporções, já que estas existem em função da mudança da percepção e do acúmulo de conhecimento e, além disso, ele não está preocupado em fazer um quadro de arte, mas sim em dizer o que pensa, como vê e o que sente.

Neste instante, a pintura passa a ter um caráter determinista, já que ela é dinâmica e unificadora, promovendo por isso mesmo, uma diminuição do controle pela volição.

A pintura promove, pelo contato com as cores, um enriquecimento das relações afetivas, estimula o contato com o material, “aquece” a relação homem-trabalho. Como cada cor sugere um sentimento, a simples aplicação da mesma sobre o papel traz uma mensagem inteira da situação, interesse e conhecimento da vida e das coisas que o paciente tem naquele instante. E nesses termos não existe o certo e o errado, o completo e o incompleto. Exigir que o paciente crie alguma forma compreensível se seu momento for o borrão, torna a relação estéril e a pintura inútil.

Aliás, a preocupação em corrigir e ensinar ao paciente, intervir em sua pintura, tem sido a causa do esvaziamento dessa técnica. Já que esta conduta só faz inibir a capacidade criadora do paciente, aumentando-lhe as dificuldades, porque pode dar-lhe somente a sensação de que ele não é capaz de criar sozinho. Permitindo-se que o paciente pinte livremente, ele de fato vai acumulando conhecimento (sem que isso signifique mera aprendizagem), que lhe possibilitará uma reforma nos seus conceitos.

Isto se dará porque, ao pintar, ele reúne vários elementos isolados que formarão um novo todo.

Pintar funciona como instrumento de evocação e pela repetição do tema (maneira do paciente de assegurar seu domínio sobre ele) o paciente começa a usar a imaginação e a força.

E porque a cada passo o novo todo cria mais densidade, porque novas formas lhe são agregadas, o paciente começa a melhorar a qualidade de seu pensamento e sua capacidade crítica. À medida em que isso ocorre, o paciente busca instintivamente um novo ritmo para a vida, uma nova forma as relações, porque já experimentou, pelo desenho e pintura, um contato mais afetivo e eficaz na relação com suas coisas, sentimentos, lembranças, porque teve *“liberdade para explorar e experimentar, e liberdade para envolver-se, emocionalmente na criação”* (18).

A postura da paciente nesta atividade será abordada no capítulo “Material Pictórico”, para facilitar a compreensão quanto do leitor quanto ao *modus facendi* da mesma.

TEATRO: A importância do teatro reside na oportunidade que se dá ao paciente de viver o “se”, cujo segredo não reside nem na força nem no temor de se ver obrigado a criar alguma coisa. Pelo contrário, ele desperta a imaginação e tranqüiliza os ânimos, porque as situações que ele propõe são abertamente imaginárias. Por outro lado, conferir vida real a personagens imaginários exige que o paciente tenha despertado em si uma forte *“atividade interior e real”* (13) porque toda ação tem que ser lógica, coerente, verossímil, e mesmo porque as situações ou personagens não são tão absurdamente imaginários porque foram retirados do dia-a-dia de cada paciente. Para dar verossimilhança a situações e personagens imaginárias, o paciente precisa buscar nas suas experiências introjetadas a imagem viva do seu modelo, não importando o grau de distorção da percepção, pois também isto se pode “trabalhar” no teatro, além da imaginação, relaxamento, criatividade, etc.

O “se” funciona como *“uma alavanca que nos ajuda a sair do mundo dos fatos, erguendo-nos ao reino da imaginação”* (13). Podemos inferir agora a vantagem e o perigo do teatro feito com pacientes psiquiátricos gravemente enfermos.

Se considerarmos a pobreza das experiências que uma longa hospitalização pode deixar no sujeito, diminuindo-lhe a capacidade imaginativa, então temos aí a grande vantagem de apelar para o teatro enquanto maneira de aumentar, entre outras coisas, a imaginação. Se, por outro lado, lembrarmos que esta mesma carência pode trazer consigo a necessidade de se apegar fortemente às situações idealizadas, imaginadas, produzindo, por isso mesmo, um apego maior à fantasia como única solução, então temos aí o grande perigo da mesma ação teatral. Volto a insistir em que toda ocupação tem, ao mesmo tempo, suas vantagens e desvantagens.

Lembro-me de uma experiência por que passou uma de nossas clientes. Trabalhávamos em um grande hospital, cujos pacientes eram egressos do meio rural e, ao realizarmos festa junina, fizemos, como parte da mesma, um casamento na roça. Escolhemos como noiva uma paciente que nos parecia dócil e com alguma capacidade de acompanhar a situação teatral que o casamento era. Ela se saiu melhor do que esperávamos. Após a festa, ela teve uma forte crise de agitação. Gritava que queria dormir com seu “marido”, porque ela tinha se casado. Isso se deu à noite e eu já não me encontrava no hospital, por isso foi preciso chamar o médico

de plantão. A crise foi tão grande que não houve outra coisa senão sedá-la. Soube-o pela enfermeira no dia seguinte. Como disse, saiu-se melhor do que eu esperava. De fato o erro foi meu. Eu sabia de sua epilepsia e não me lembrei de sua deficiência de inteligência. Ela era capaz de repetir com acerto coisas simples, como qualquer oligofrênico treinado o é. Isso lhe deu facilidade para decorar as falas e as ações, mas não lhe dá condição para discernir entre uma ação teatral da qual participe e a realidade de sua vida. Esse fato nos deixou, entre outras coisas, uma lembrança muito precisa: é preciso ter muito cuidado quando se vai fazer teatro com o paciente gravemente enfermo, especialmente na fase aguda de sua patologia.

A distância entre o real e o imaginário é tão tênue quanto a distância entre o normal e o doentio. É tudo uma questão de volume e não de qualidade. Mas teatro não é só isso. Outras vantagens, evidentemente com suas ameaças para o paciente, aparecem no teatro, quando lembramos que, muito antes da representação propriamente dita, uma série de exercícios são aplicados como “aquecimento”, o que por si só se constitui em atividade teatral.

Augusto Boal e Constantin Stanislavsky apresentam uma série de exercícios voltados para o despertar da criatividade, memória, atenção, muitos com vistas à postura do corpo, movimento, uso do espaço, do tempo, do ritmo, e todos têm um grau maior ou menor de aproximação do paciente e, às vezes, de seu corpo. É preciso lembrar que existem duas situações diferentes, simultâneas e concomitantes, na relação terapêutica. Uma, é a intenção do terapeuta. A segunda, a intenção e o uso que faz o paciente da oportunidade que podemos oferecer-lhe.

De fato, o perigo pode estar no jogo teatral, propriamente dito. Em *“200 jogos e exercícios”*, de Boal, temos um exemplo muito claro disso, quando, no exercício *“Estímulo às partes adormecidas de cada um”*, ele nos relata a “preocupação” com que certo ator ficou ao fazer o papel de um torturador. O ator tinha percebido que *“durante o exercício sentiu prazer real em torturar”* (14), e isso o angustiava. Se transferirmos essa situação para uma situação onde o ator é o paciente psiquiátrico, temos claro que o Terapeuta Ocupacional precisa estar muito cômico de suas possibilidades e das possibilidades do paciente, objetivo da ação, duração e condições do tratamento. Isto além de saber o que o exercício, como fato, pode induzir o paciente a viver.

Das ocupações passíveis de serem usadas em Terapia Ocupacional, talvez o teatro seja a que melhor treinamento exija do Terapeuta e mais atenção ao indicá-la.

No SER.TO o teatro é usado como instrumento de integração e enriquecimento. Uma série de atividades, que vão desde a confecção de máscaras até a representação de um texto escrito pelo grupo, são usadas.

O TEATRO COMO OCUPAÇÃO: O teatro como instrumento de terapia ocupacional e de integração é realmente muito enriquecedor. Em nosso serviço usamos uma série de atividades teatrais, que vão desde a confecção de máscaras, até a apresentação de textos escritos pelo grupo, passando, é claro, por todas as etapas que esta atividade envolve: cenários, trabalho de corpo, exercício de voz, carpintaria, costura, pintura, etc.

A proposta para o trabalho surge como uma atividade em que devem participar todos os elementos do grupo, não se pretendendo com isso trabalhar a dinâmica do grupo, mas centrar na própria atividade a função dinâmica e integradora que ela promove.

Posto isso, como é que se passa uma ação de teatroterapia, dentro da terapia ocupacional?

O terapeuta propõe um tema que será o motor para o texto a ser elaborado e modificado pelo grupo. A função do terapeuta, nessa situação, é, além de detectar as necessidades que justifiquem o tema proposto, também de integrar, coordenar e dirigir os esforços do grupo para que o texto tenha roteiro compreensível, lógico e uma unidade dramática. Ademais, cabe ao terapeuta ocupacional observar se as soluções propostas são verossimilhantes, adequadas e reais.

Após e/ou paralelamente à elaboração do texto, tem início a escolha da “troupe”, a distribuição dos papéis, contra-regras, cenógrafos, etc., de acordo com a habilidade, necessidade e interesse de cada um.

Nem sempre é o grupo que escreve seus textos; valemo-nos também de textos pré-escritos, na forma de leitura dramática ou jogral, quando pretendemos uma atividade menos ameaçadora, mais integradora ou quando o grupo não consegue produzir seus próprios textos ou mesmo como preparação para atividade mais criativa e livre. Nesse caso, o texto pré-escrito funciona como exercício de experimentação.

Segundo nossa experiência, além de quanto acima exposto com relação ao texto pré-escrito, preferimos que a situação de estar-em-grupo de atividade teatral seja explorada de tal forma que induza e condense os estados emocionais.

Uma vez obtido o texto, passamos à fase de ensaios que, na verdade, é uma continuação do processo de elaboração.

Usamos para este fim todo o espaço de que dispomos, todo o material, pessoal técnico e clientes para que a situação contida no texto tome realmente forma teatral.

Nesta etapa usamos técnicas de facilitação como mímica, jogral, máscaras, fantoches, dança, etc. E utilizamos todo espaço disponível, áreas cobertas e a céu aberto e aproveitamos também a estrutura normal da casa onde funcionava o SER.TO (cozinha, sala de estar, varanda, etc.) como cenários reais onde recriamos a situação original em problemática surgiu. Quanto à atuação nesse cenário, sempre estimulamos o cliente no sentido de que ele o modifique e transforme conforme o que vai experimentar.

Quando pretendemos fazer um espetáculo teatral, podemos aproveitar ou mesmo improvisar um palco; neste caso, devido à situação de espetáculos e palco, os cenários são criados, montados, pintados e construídos.

Durante toda a atividade é desenvolvida a análise, a reflexão do comportamento, a veracidade das situações, aplicabilidade e realidade das soluções. Desta forma o trabalho todo só termina quando todos estão de acordo em que o desenlace proposto é o definitivo. É preciso permitir que o grupo decida qual o desenlace, e dar a ele o tempo necessário para atingi-lo.

Finalmente, temos um produto que teve seu início com a proposta de terapeuta, seu meio com o desenvolvimento da proposta e seu fim com o desenlace definitivo proposto pelo grupo. Isso feito, podemos parar a ação, com relação a este tema, ou, então, apresentá-lo em forma de espetáculo, se o grupo assim o desejar.

De toda maneira, o cliente “vivenciou” uma situação que foi terapêutica enquanto oportunidade de recriar e reformular pela imitação da vida (conceituação clássica de teatro) a realidade implícita na proposta do terapeuta, mas vivida e modificada por ele.

Visto isso, passaremos a descrever as atividades desenvolvidas, desde o momento da proposta feita pelo terapeuta, até o desenlace final proposto pelo grupo.

MÍMICA: Usamos a mímica, durante os ensaios, na forma de pequenos jogos; por exemplo o jogo da estátua ou a representação de animais, objetos, etc., quando queremos colocar o acento expressivo no corpo, ou então quando procuramos o equilíbrio entre a linguagem verbal e a “gestual”. Temos observado, em muitos pacientes, uma inadequação muito grande nesse sentido. A mímica além de profundamente catártica e expressiva, é também rica como instrumento reeducador e recreativo. Ela é, por si só, uma atividade dotada de princípio, meio e fim.

JOGRAL: O jogral é feito a partir de textos previamente escritos, escolhidos pelo grupo ou indicados pelo terapeuta, que, neste caso, os submete à aprovação do grupo. O jogral é uma leitura rítmica e dramática que empregamos quando queremos fazer exercícios de voz, ou quando queremos modificar ou reforçar a idéia do autor. O jogral, assim como a mímica, é uma atividade teatral completa em si, sendo também bastante agregador e estimulante.

MÁSCARAS E FANTOCHES: Máscaras e Fantoques são atividades muito ricas, porque implicam em várias outras atividades intermediárias, a saber: projeto, corte, recorte, colagem, costura, pintura, modelagem, tudo isso como meio para que o plano se torne factual. Usamos esses instrumentos quando existe dificuldade na representação de uma “personagem” na medida em que isso ameaça o cliente, principalmente no caso de clientes regredidos. A proteção contida na máscara e nos fantoches está em que a identificação do indivíduo com o personagem não é direta, por ter como catalisador a máscara ou o fantoche. Quando o indivíduo tira sua máscara (lato sensu) ele deixa nela a personagem que projetou.

DANÇA: Usamos a dança sempre no início das sessões, com o objetivo de produzir relaxamento, descontração no grupo e, principalmente, maior integração inicial entre os elementos, buscando com isso uma facilitação para o trabalho proposto. Assim, a dança é livre, normalmente com músicas populares e folclóricas. A condução do grupo pelo terapeuta se faz de maneira muito simples, sem intervenções, participando ele também da atividade.

Citamos e descrevemos de maneira sintética algumas das ações teatrais usadas em sessões de teatroterapia.

Cabe ainda lembrar que cada sessão é diferente da outra e que as ações usadas em uma podem ou não ser repetidas na outra.

Isso se dá conforme a evolução alcançada pelo grupo no trabalho teatral. Além disso, as atividades que estamos descrevendo são completas em si mesmas. Podem como qualquer outra atividade terapêutica. Não tem, necessariamente, de ser utilizadas como meio para atingir uma finalidade geral como a confecção de uma peça teatral escrita pelo grupo. Isto é, não têm que resultar necessariamente na realização de uma peça ou texto. E, é claro, podem também ser usadas individualmente, segundo a conveniência da situação, disponibilidade de pessoal, materiais, capacidade do terapeuta em teatro, etc.” (29)

Apesar de todos os cuidados que o teatro exige, não se pode reduzir o espaço ocupacional pela sua retirada do arsenal terapêutico. Porque a atividade humana ultrapassa o mero ato de fazer e evolui, numa segunda etapa, para o pensar e comunicar verbal e corporalmente o seu ser-e-estar no mundo.

De todas as atividades, esta é a que contém maior índice de comunicação verbal e não verbal, funcionando, ainda, como excelente instrumento de correção quando houver uma grande defasagem entre o gesto e a intenção, entre o fundo e a forma.

Os jogos teatrais, no caso de MS, tinham por objetivo aproximar-nos dela de um jeito brincalhão, menos ameaçador, mais mímico, próximo de seu estado regressivo.

Procurei, com essas técnicas, suprir MS de condições de reorganizar-se a partir da projeção e concretização de seus sentimentos, pensamentos, experiências e necessidades. Minha preocupação maior era a de que ela tivesse oportunidades, não só de projetar-se, mas de, simultaneamente, ver alguma coisa concreta, palpável, desta projeção. Porque acredito que, se lhe fosse permitido só a catarse, sem uma concomitante introjeção de coisas concretas e visivelmente boas, ela, a cada momento, apenas se esvaziaria mais, agravando seu quadro.

Em grupos de verbalização, as ocupações são instrumento de resistência e, como tal, devem ser evitadas. Mas em um grupo que deliberadamente se organiza para se tratar pelo trabalho, as ocupações não podem nunca ser antecedidas pela fala. A verbalização, nos grupos ocupacionais, se dá como uma consequência do próprio trabalho. Para Foulkes e Anthony, nos grupos de verbalização o *“agente terapêutico essencial se localiza na ativa participação dentro do âmbito coletivo”* (1). Mas, com grupos gravemente enfermos, cujos elementos já podem ter graves defeitos, como no caso de MS, a ocupação não só precede a fala como é a forma mais ativa que tem o cliente para estar em grupo. A essência de um grupo de terapia ocupacional é a própria ocupação. Porque o grupo se baseia na comunicação não verbal, o trabalho constitui o agente de mudanças.

Outra função de grande importância da ocupação é ser o elemento de coesão dos elementos do grupo e de sedação das angústias quando isto não ocorre. Desta forma, a ocupação impede que o grupo se organize radialmente em torno do terapeuta, numa relação de dependência, e busque no trabalho o elemento de coesão, e em seu próprio potencial ocupacional criativo a solução da angústia.

O material passa a ser o objeto das agressões ou carinhos do cliente, numa época em que a projeção do amor ou do ódio sobre seu verdadeiro objeto, só produziria um aumento da angústia. O contato com o material, com o objetivo expresso de com ele fazer alguma coisa, torna a expressão dos sentimentos menos perigosa, mais viável, portanto, quando então a experiência dos sentimentos não oferece o perigo enorme da perda definitiva.

Outra função da ocupação é a de servir de ponte entre os elementos do grupo, porque lhes dá um instrumento comum a todos e, por isso, o sentimento de identidade grupal facilita o aparecimento do sentimento de pertinência que, por sua vez, impede ou corrige a falta de coesão. Em grupos gravemente enfermos, a ocupação tem que ser, necessariamente, o instrumento, a essência. Mas, da mesma forma que a fala pode ser usada apenas para conversar, a ocupação também pode ser usada para impedir a aproximação.

A correção e o impedimento disto são dependentes diretos do conhecimento que o terapeuta ocupacional possa ter do trabalho, do material, da ferramenta, da dinâmica das relações interpessoais e, evidentemente, da dinâmica da relação de transformação do material.

Além desses conhecimentos, sensibilidade do terapeuta ocupacional para detectar situações novas, conflitantes ou não, líderes emergentes, etc., facilita a indicação da ocupação exata.

O atraso na indicação da ocupação, a demora ou inadequação de sua mudança, a sua indicação abusiva, tornam o trabalho instrumento de barreira e não mais de expressão profunda e de reabilitação do homem.

Na tentativa de alcançar o cliente, o profissional pode, a qualquer preço, buscar contato com ele. E, caso não consiga, poderá sentir-se culpado, incapaz, sem lembrar-se de que o próprio paciente pode não estar querendo contato. E, nesta busca do paciente, o terapeuta pode dar-lhe tudo que estiver ao seu alcance. Esta conduta pode conferir ao Terapeuta Ocupacional o papel de fonte inesgotável de amor, bondade, paciência, habilidades e, com isso, só reforçar a figura idealizada de si mesmo, que ele e o paciente possam ter feito. Desta forma, tal conduta impede que o paciente desvende a figura do profissional, trazendo-o para um plano mais concreto, mais humano, mais real, e ele próprio ascenda a um plano mais maduro. Penso ainda que a indicação abusiva de ocupações pode muito bem significar um enorme mecanismo de defesa dos sentimentos de culpa e/ou de fracasso que o Terapeuta Ocupacional pode ter, caso ele sinta que não alcançou o paciente.

A indicação oportuna da ocupação é uma dependência direta da clareza com que o terapeuta se percebe e ao seu paciente, assim como a relação dos dois e dos objetivos da mesma.

O TRABALHO INDIVIDUAL, GRUPAL E A CARGA HORÁRIA

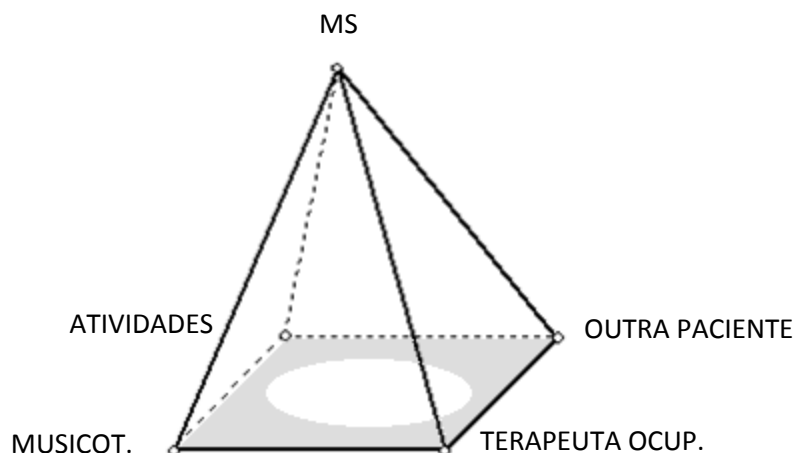
A paciente vinha à clínica três vezes por semana, para atividades individuais de 1 (uma) hora cada, quando, então, trabalhava com atividades orientadas em couro e pintura livre. Seu aspecto era tão grosseiro e frágil, que não tínhamos nenhum grupo onde pudéssemos colocá-la.

Além disso, seu ego estava muitíssimo fragmentado e sem nenhuma capacidade de elaborar suas tendências destrutivas, nem de suportar nenhuma agressão que o grupo pudesse exercer sobre ela. Procuramos, então, trabalhar inicialmente a partir do reforço das relações transferenciais positivas, até que pudéssemos senti-la mais capaz para qualquer elaboração, ainda que não houvesse verbalização quanto ao elaborado. Aliás, nossa intenção não era tanto esperar o aparecimento da capacidade elaborativa para indicarmos o grupo. Queríamos apenas agregar de forma mais rápida seu ego, para torná-lo capaz de suportar a angústia que o desconhecido, no caso o grupo, desperta. Preferimos centrar a ação terapêutica em nós próprios, como modelo de ideal. Foi quando percebi que ela podia suportar que lhe “tirassem” algo sem que isso lhe produzisse maiores danos. E que, em relação ao grupo, este também não se sentiria tão ameaçado ou roubado pela sua entrada. Ameaçado porque o aspecto de MS era o caricato da louca, e roubado porque novos elementos em grupo já formado exigem sempre nova divisão de papéis e ligações, às vezes tão dificilmente conseguidos em grupos gravemente enfermos; então, introduzi-a em um grupo, da seguinte forma: como as dificuldades acima referidas foram sendo superadas e o aspecto da paciente foi melhorando, após três ou quatro meses de terapia individual, começamos a sentir a necessidade e a possibilidade de colocá-la no grupo. Então, solicitamos que ela chegasse mais cedo à clínica, para ver e ser vista pelos elementos que, àquela hora, terminavam uma sessão grupal, junto dos quais pretendíamos colocá-la. Apesar de alguns autores não concordarem em dar informações prévias sobre o grupo, ou mesmo atender individualmente pacientes destinados à terapia grupal, porque isso sedaria as angústias e poderia promover um aumento de resistência, pessoalmente preferi correr o risco em busca de um alívio imediato para a angústia brutal em que ela vivia. Durante esse tempo, eu respondia a toda e qualquer pergunta que ambas as partes dirigiam a mim quanto a si mesmas.

Logo depois, inverti o processo, comecei a formar um grupo em torno dela, da seguinte maneira: aproveitei que uma cliente queria aprender a tocar acordeão e solicitei que a musicoterapeuta a atendesse após o horário, enquanto que, na sala ao lado, eu assistia MS.

O som do instrumento atraía sua atenção e ela gostava. Desde a segunda sessão, a presença da musicoterapeuta se fez necessária como forma de sedar o terrível medo que a paciente sentia por mim e de estar sozinha comigo na oficina. Este medo era tamanho, que impediria a continuidade da terapia, caso não fosse sanado de imediato. Nestas sessões enquanto trabalhávamos com couro, cantávamos músicas em francês e folclóricas brasileiras. Pouco a pouco, o medo foi diminuindo, a paciente já não procurava tanto pela sua acompanhante. Já

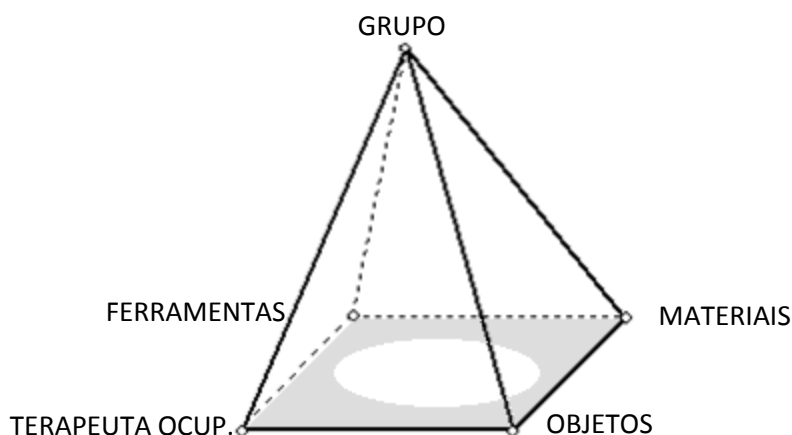
aceitava ficar sozinha comigo e até com a porta da oficina fechada; então, pude introduzir um novo elemento na relação: a garota que estudava acordeão.



Esta situação continuou por pouco tempo, porque logo depois MS nos pergunta: “— *Doutor, quando vou ter essa ruma de amigos?*”, ao ver o grupo saindo de uma das oficinas.

A partir desse pedido, ela foi sendo introduzida nesse grupo de forma gradual. Participava, às sextas-feiras, algum tempo o canto coral e algum tempo de atividade individual comigo. E isto sempre por sua solicitação. Quando ela começou a dar mostras de que preferia o grupo à atividade individual, encaminhei-a à sessão de teatroterapia, também uma vez por semana. Fui, desta forma, ampliando seu espaço de relações, à medida que ela solicitava mais contato. Quando ela e o grupo já eram capazes de “darem” ou “tirarem” algo de si e para si, dela e para ela de forma pouco danosa, suspendemos a relação individual e ela continuou freqüentando apenas as sessões grupais. O que se dava também 3 (três) vezes por semana, mas com uma carga horária por sessão de 2 (duas) horas.

Agora a pirâmide toma o aspecto que lhe é próprio quando quero esquematizar a relação grupal de terapia ocupacional.



Acredito que o artifício que usei para introduzi-la no grupo foi positivo e garantiu, de certa forma, a continuidade do tratamento. Acredito ainda que, se eu a tivesse colocado de imediato em um grupo, o mínimo que aconteceria é que ambas as partes não se tolerassem, pois as pessoas rejeitam nas outras aquele resto que não aceitam em si mesmas. Então, ou a cliente interromperia a terapia, ou o grupo se desfaria e não havia nenhum interesse de que isso ocorresse.

Acredito que atividades grupais precocemente indicadas podem ser tão danosas quanto o ócio a que MS fora submetida durante sua internação. A entrada ou saída de elementos de um grupo obedece a determinadas motivações do próprio grupo. Da mesma forma que o sujeito pode procurar um grupo que lhe satisfaça as necessidades, pode querer abandoná-lo porque se sente frustrado em seus intentos, ou porque ele e o grupo não se harmonizam. Da mesma forma, o grupo pode excluir um dos elementos. Nisto reside um dos “perigos” do grupo, e eu não queria expor MS a mais uma situação onde pudesse ser rejeitada. Se, por um lado, o homem é um ser gregário, por outro, há momentos em que o mundo social é tão ameaçador que a loucura, como oportunidade de isolar-se, é de fato o melhor *modus vivendi*.

Além destas razões, este grupo e seus participantes eram especiais, todos tinham algum comprometimento mais ou menos grave na área afetiva, do humor, da percepção do mundo e de si mesmos.

No contato com MS, nunca nada foi interpretado para ela, o máximo que fazíamos era refletir seu sentimento e às vezes repetir o que ela nos dizia. Por outro lado, não aceitávamos seu comportamento bizarro e destrutivo.

Procurávamos provê-la de atividades onde ela pudesse não só manifestar isto, bem como corrigi-lo pela experimentação de uma nova conduta.

Acreditamos que nosso trabalho com ela dispensava realmente intervenções verbais, devido ao fato de seu estado de demolição ser tão grave, que precisávamos reorganizá-la como quem dá a uma criança a oportunidade de se organizar.

Centrar o tratamento na relação de transformação de materiais sem nenhuma intervenção verbal, garantia a MS o direito de se guardar, equivalia a conferir-lhe intimidade bastante no seu espaço pessoal, garantia a existência desse espaço. Quer nos parecer que ela tenha sido muitíssimo agredida quanto a este aspecto, durante sua hospitalização. Então provê-la desta intimidade com suas coisas, sem a “ameaça” da descodificação, pode levá-la a experimentar a busca do outro, e o escape do isolamento de forma mais natural e espontânea.

Esta permissividade e esta não intromissão, neste caso tão necessários, foram a garantia da rapidez do processo de terapia de MS. Todo o seu tratamento teve a seguinte carga horária.

ATIVIDADES INDIVIDUAIS:

De maio a agosto de 1977

3 vezes por semana - sessões de 1 (uma) hora

Horas contratadas - 46 horas

Participou - 44 horas

Faltou a - 2 horas

ATIVIDADES GRUPAIS

De setembro de 1977 a julho de 1978

Horas contratadas - 150 horas

Participou - 134 horas

Faltou a - 16 horas

CARGA HORÁRIA TOTAL:

Contratadas - 196 horas

Participou - 178 horas

Faltou a - 18 horas

É uma carga horária pequena e nunca os estímulos sensitivos, táteis, coloridos e sonoros foram tão empregados como o foram com ela. E foram eles que a salvaram, tenho absoluta convicção disso. Era preciso permitir a MS experimentar um novo desejo de viver, era dispensável falar-lhe disto. A Terapia Ocupacional é, de fato, o método que garante esta rapidez, porque tudo que é comunicado, acontece de forma simultânea e concomitante em dois níveis, às vezes antagônicos, outras vezes reforçadores de si mesmos; e ainda, de outra forma, como arquivo concreto, plástico, de um sentimento, desejo ou fantasia que se pretende comunicar mas não se quer elaborar no momento. Tivemos oportunidade de viver a seguinte experiência: um de nossos pacientes, enquanto nos falava o quanto era livre de preconceitos e medo, modelava um tatu. Enquanto, a nosso pedido, ele nos falava do tatu, ia trabalhando e no final tinha modelado um pássaro de asas abertas. Desta forma, ficou muito natural para o paciente ver o quanto ele se idealizava. Pôde ver com facilidade, com o mínimo de condução verbal (o que é um tatu para você?), a diferença entre o real e o ideal, ou se preferirem, entre a depressão a mania. Não importa que interpretação se possa dar para o pássaro e o tatu, O importante é que a diferença entre eles é vivida de forma, poderíamos dizer, visceral, pelo paciente.

E viscerais são todas as experiências vividas pelo paciente em qualquer atividade, porque o trabalho é, voltamos a insistir, uma atividade eminentemente humana, agregadora, corretora, reforçadora e absolutamente natural.

EVOLUÇÃO

14-04-77 - Ouvindo vozes, com medo de mim. Não permitiu que eu fechasse a porta da oficina. Pintou "*a moça mais bonita da cidade*" (Quadro 1). A cada momento, chamava sua acompanhante.

- 15-04-77** - No início da sessão, muito excitada, medrosa. Acompanhando a atividade com couro, cantávamos com ela. Afinada, bom senso rítmico. Saiu da sessão mais calma.
- 29-04-77** - Junto da atividade com couro, fizemos canto livre com acordeão. Não se preocupou tanto se a acompanhante estava presente ou não.
- 03-05-77** - Entrevista com a tutora: Paciente melhorando, mais independente, aceita vir ao SER.TO com espontaneidade, mais vaidosa, *“até dormindo sem medicação”*. Sua higiene sempre melhorando - sabe a hora de se lavar e como fazê-lo. Olha-se no espelho *“coisa que não fazia há muito tempo”*.
- 06-05-77** - Chegou elegantemente vestida. Aceitou permanecer na oficina sozinha comigo. Descontraída, ideia - movimentos díspares.
- 13-05-77** - Aceitou ter outras pessoas na oficina. Pediu músicas novas e dança.
- 01-06-77** - Entrevista com a tutora: *“Está melhorando consideravelmente, estou maravilhada, não esperava realmente tanta melhora. Já dá alguma ajuda em casa, mas pouca. Ainda é reivindicante. Os irmãos não assumiram completamente o pagamento do tratamento: eles acham que eu estou exagerando quando falo de sua melhora, mas é porque não estão convivendo com ela”*.
- 04-06-77** - Desenha *“o cinema”* - um casal na tela e uma plateia.
- 08-06-77** - Podemos pensar em passá-la para o grupo. Tranquila, mantém os solilóquios, grave defeito. Autismo.
- 20-06-77** - Desenha *“um quadro de família pobre”* (o homem em trabalho). A paciente mostra-se interessada em trabalhar com o grupo. *“Doutor, quando vou ter essa ruma de amigos, como essas mocinhas aí?”*.
- 22-06-77** - Desenhou *“Iracema”* (Quadro II). Já não ouve tantas vozes, nem mussita durante o trabalho.
- 01-07-77** - Continua em atividade individual comigo. Chegando mais cedo para ir conhecendo e sendo conhecida pelo grupo, para ir se adaptando a ele. Hoje mussitando um pouco, perguntei sobre o que e com quem falava: *“Estou pensando em voltar para a Faculdade o ano que vem”*.
- 15 a 25-7-77** - Recessos -11 dias corridos.
- 29-07-77** - Mais atenta, mantém ritmo e afinação adequados. Vaidosa. Mais sociável.
- 06-08-77** - Mais afetiva na sessão. Sugere especificamente músicas que quer cantar. Vamos fazer uma tentativa de colocá-la no grupo da tarde.
- 07-08-77** - Faz comparação entre o hospital onde esteve internada e o SER.TO: *“Lá é só tomar remédio e ler revista e dormir o dia inteiro. Havia uma aula de costura para elas”. E aqui? “Aqui é mais alegre, as aulas são para o raciocínio. E lá é só tomar remédio e fazer provas às 8, 14 e 20 horas”*. Perguntei sobre a futura participação no grupo e ela disse: *“Mais alegre com os rapazes todos juntos”*.
- 13-08-77** - No grupo de musicoterapia. Houve aceitação por parte do grupo, sem “festas”, mas sem ignorá-la.
- 16-08-77** - Atividade de mímica, higiene corporal feita pela manhã. Cabelos pintados, aspecto melhor. Tenta comunicar-se com o grupo, que ainda está resistente a ela. Recado da tutora: *“O que quero lhe falar é que desta vez ela não pediu mesmo o “Modess”, mas pediu o papel ou algodão para usar. E eu aproveitei então e lhe expliquei como usar o Modess. Assim, ela o usou”*.

- 22-08-77** - Desenha busto de mulher - outra representação de *"Iracema"* (Quadro III). Seu aspecto físico é outro. Cabelos pintados, mais gordinha e mais remoçada. No trabalho tem se mostrado mais independente, e se insisto em ajudá-la, irrita-se comigo.
- Entrevista com a tutora: *"Às vezes é agressiva com a acompanhante, tem estado rebelde. Desde criança ela tem um gênio terrível, mandona, e de uma certa forma impunha medo à família."*
- 28-08-77** - Entrevista com a tutora: *"Tem ajudado em casa, alegre, e às vezes se dispõe a fazer os chamados trabalhos menores. Os irmãos continuam abandonando-a. Eles nem percebem o abandono em que a colocaram. Mas ela está tão mudada que acho um milagre"*.
- 29-08-77** - No grupo de artesanato e pintura. Tem sido aceita pelo grupo e aceita a todos. Alegre. Viva. Seu desenho é criativo, nunca se repete e já está flagrante sua organização tema-espaco. Desenha a *"Arca de Noé"* e *"O que acha do ano 2.000"* (salvação).
- 23-09-77** - Todo este mês só no grupo. Tudo tranqüilo. Introjetou a casa e o grupo como elementos bons.
- 24-09-77** - Muito limpa, asseada, vaidosa, aspecto mais sadio. Vê a clínica como escola, gosta de vir e diz que é bom porque tem muitos amigos.
- 05-10-77** - Entrevista com a tutora: *"Em casa tão bem como nunca esteve. Já discute e se defende a nível normal, guardados os limites"*. Com relação à participação no grupo: *"Isto mudou tudo em casa. Já não se deita tanto, ajuda os sobrinhos, já não dá tanto trabalho, quer aprender coisas"*.
- 23-11-77** - Iniciando atividades na cozinha, demonstrou aparentemente muita resistência.
- 07-12-77** - Sua participação hoje me pareceu mais espontânea. Chegou até a criticar o trabalho que vinha fazendo.
- 09-12-77** - Paciente mais independente no trabalho. Discreta, calma nos contatos. Quando da uma resposta discrepante, o grupo *"goza-a"*, porém ela continua a atividade.
- 12-12-77** - Desenha com lápis preto e pinta *"O professor com seus alunos - a escola"*.
- 14-12-77** - Participação mais espontânea, fazendo perguntas e objeções. Continua dizendo que não gosta de cozinha.
- 21-12-77 a 09-01-78** - Recesso - 20 dias.
- 11-01-78** - Hoje ela esteve mais presente. Acompanhou de perto a elaboração do programa de atividades para este ano. Suas opiniões me pareceram mais coerentes com o assunto que se discutia. Distribuiu doces entre os amigos.
- 20-01-78** - Pinta rosto de mulher (Quadro IV).
- 23-01-78** - Desenha e colore *"A primavera"* (amor).
- 25-01-78** - Aparentemente, aceita a atividade (cozinhar), com um comportamento mais cooperativo, atende às solicitações e aceita sugestões.
- 15-02-78** - Mais falante durante a sessão. Mostra-se mais cooperativa e ativa. Participava da pintura e do artesanato antes de ir para a cozinha. Alegre.
- 27-02-78** - Conheci a mãe de MS hoje. Ficará em Belo Horizonte algum tempo. MS pinta a série (Quadro V).
- 01-03-78** - Mostra-se interessada em aprender a fazer almofadas. Fácil aprendizagem, ritmo rápido, produtividade boa. Sempre pergunta se está certo.

- 23-03-78** - Paciente mais independente. Já não pergunta tanto se está certo.
- 12-04-73** - Trabalhando com máquina de costura. Aprendeu rápido.
- 10-05-78** - Hoje ela me pareceu com os pés na terra. Sua conversa só se referia ao que estava fazendo. Boa participação verbal, conseguia acompanhar o que era dito pelo grupo.
- 17-05-78** - Mais habilidosa na cozinha, seus modos me pareceram mais femininos. Aceitou todas as atividades de cozinha que lhe foram propostas.
- 24-05-78** - Chegou bastante atrasada. Mas me pareceu disponível para as atividades.
- 31-05-78** - Mais disponível para fazer contatos. Deu sugestões, teve uma participação mais ativa. Fez perguntas.
- 14-06-78** - Suas contribuições para as atividades têm sido mais significativas.
- 21-06-78** - Ensaio geral para a festa junina, a qual compareceu.
- 02-07-78** - Não compareceu.
- 04-07-78** - Não compareceu.
- 16-07-78** - Não compareceu.

MATERIAL PICTÓRIO

A pintura foi a atividade na qual MS mais se empenhou. E o fazia de forma calma, longa e relaxadamente. Às vezes ela desenhava com lápis, depois coloria ou pintava, outras vezes pintava direto sobre o papel. Não fazíamos nenhuma intervenção, porque acreditamos ser extremamente difícil traduzir em palavras os sentimentos expressos de forma plástica.

“Embora os críticos gostem de desempenhar-se dessa tarefa, os próprios artistas parecem estar menos interessados pelo significado da arte que produzem” (18); além dessa razão, as palavras perderam para MS o significado habitual. Procurávamos também não impor à paciente nossa dimensão simbólica pessoal.

Aqui, repetimos Goethe, citado por Herbert Read *“Falamos demais; deveríamos falar menos e desenhar mais. Ao desenhar a alma reconta parte de seu ser essencial, e são precisamente os segredos mais profundos da criação, os que se apoiam basicamente no desenho e na escultura, que a alma assim revela”* (20).

A paciente usava quanto material estivesse à sua frente. Esses quadros pintados com guache, desenhados com lápis de cor, canetas hidrocor, etc., falam, com seu colorido e forma, da cor e da vida readquiridos por ela de uma maneira tão eloqüente, que justificaram e animaram-me a escrever este livro.

Muitos de seus quadros têm apenas datas, outros só sua assinatura (à qual ela passou a apor o título de “doutora”), apesar de sempre solicitarmos a ela que, ao final da sessão, colocasse o seu nome, data e ordem em que foram pintados. Mas nem sempre isto ocorria.

Procurei selecionar apenas os quadros completamente identificados por ela ou por mim, e abandonei os outros para não cair no risco de forjar uma seqüência artificial e falsa de sua evolução. Procurei, também, por medida de economia, selecionar aqueles absolutamente significativos.

O texto que acompanha cada desenho é uma interpretação livre de minha parte. Procurei deixar as palavras fluírem na busca - muito difícil por sinal - de uma descrição, tão espontânea quanto possível, dos sentimentos que cada pintura me sugeria. Sei que dessa forma eu observo muito mais minhas particularidades subjetivas, mas procurei colocar-me frente a cada quadro de MS, como um “especialista” que conhece o histórico, o material, a técnica empregada, assim como o momento da paciente. Dessa forma, procurei não apenas observar o belo, mas fazer uma reflexão sobre o todo, já que toda obra suscita e desperta sentimentos no outro e, mesmo porque no trabalho o homem “*exterioriza-se, desdobra-se, oferece-se à contemplação própria e alheia*” (28).

À medida em que achei indispensável, acresci à minha fala conceitos do teste “*Pirâmides Coloridas de Pfister*”.

Mas, por mais que eu tente, nenhuma palavra será tão eloquente quanto os quadros de MS. O material usado para pinturas e desenhos era sempre papel Chamex 100 formato 220 x 330, tinta guache Hering, lápis de cor Fritz Johansen, ref. 1724-P.

Isto não impedia que ela usasse, quando assim o desejasse, outro material tal como caneta hidrocor, outro tipo de papel em outro formato. Assim é que se ela via pedaços de cartolina sobre a mesa, desenhava sobre eles, parecia-nos que este era o papel que ela mais gostava, mas como nunca verbalizou sua preferência, não mudamos o material. Acredito que a médio prazo ela acabaria por mudar de papel, caso o indicado não a satisfizesse de fato.

Dividi suas pinturas em dois conjuntos, a saber: a figura humana e outros temas; o cinema, o homem em trabalho, a salvação, o futuro, a clínica, o amor. A fim de tornar possível a reprodução gráfica dos desenhos de MS, vimo-nos obrigados a decalcar os quadros de números II, III, partes do V, partes do VII e partes do IX, devido ao fato deles terem sido feitos de forma muito tênue.

A FIGURA HUMANA
QUADRO 1 - 14/ABRIL/77



Pintado na primeira sessão de Terapia Ocupacional. Sessão individual. A paciente pinta uma figura humana que é composta só de cabeça, da qual, à guisa de “braços”, saem lágrimas. A limitação a estes elementos apenas e tal como está organizada é própria de estados regressivos profundos, e denota uma dificuldade com o corpo, mostra uma tendência à intelectualização e dificuldades no plano afetivo. É um quadro monocromático, está pintado em preto, apesar de à sua frente terem sido colocados vários vidros, com várias cores e tons. Aqui, a cor escolhida é sintomática de “*perturbação na esfera emocional*” (12), negação dos estímulos cromáticos colocados à sua disposição, “*sombreamento, fechamento*” (12).

As “lágrimas-braços” que caem, denotam, pelo seu volume e densidade, a quantidade de coisas negras dentro de si. Nuvens negras sobre sua cabeça mostram preocupações sombrias. O tamanho dos olhos denota teor paranóide. Vigilância sobre os outros, dificultando sua entrega.

Na sessão seguinte, recebemos da tutora o seguinte recado: “... *que MS teve uma crise de choro. . . E hoje, antes de ir, custou a acalmar-se...*”

A este quadro, ela deu o nome de “*A moça mais bonita desta cidade*”.

Foi pintado com a porta da oficina aberta; nesta sessão, MS chamava a cada instante sua acompanhante, temia ser abandonada por ela. Chorava, queria ir embora, foi com muito custo que consegui levar a sessão até o fim, mesmo assim só o consegui depois que chamei sua acompanhante para ficar conosco na sala. Esta senhora era também egressa de um hospital psiquiátrico e MS tomava-a por cunhada de sua irmã. Mais tarde, quando soube qual era a ligação real desta pessoa com a família, passou a ter um relacionamento muito difícil com a mesma. Algum tempo depois, esta ligação foi interrompida e MS passou a ser levada ao SER.TO por seus sobrinhos.

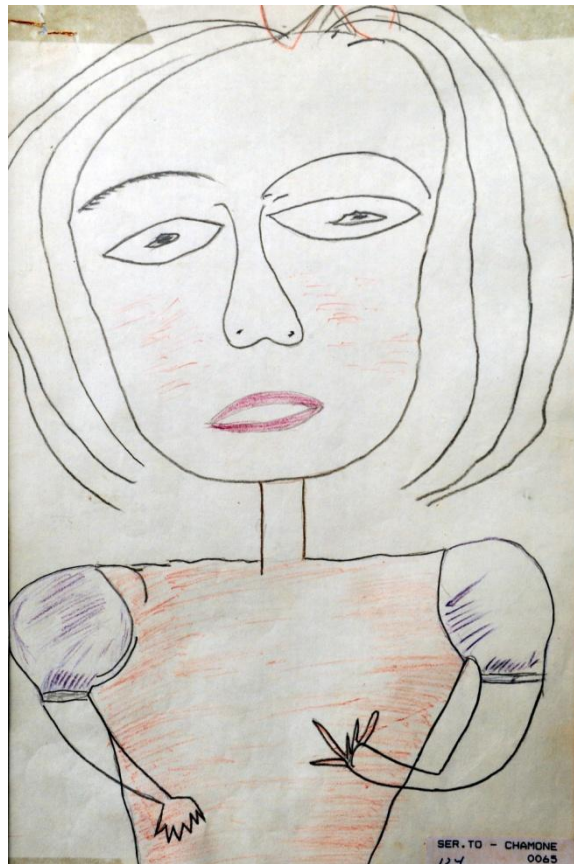
QUADRO II - 22/JUNHO/77



Pintado 2 meses após o início da Terapia Ocupacional. MS fez com lápis preto (grafite) uma figura humana completa. A figura está desenhada com traços leves, tem dedos pontiagudos, é transparente. Esta figura é significativa ainda quanto a seu estado de regressão e fragilidade. Mas o aparecimento do corpo inteiro denota maior contato com o ambiente, ainda que com defesas; permanecem os grandes olhos e o conjunto sugere uma figura com raiva.

A esta figura completa e inteligível, indicativa de maior organização interior, a paciente deu o nome de "IRACEMA". Entendo esse trabalho como sendo a busca da identificação com a figura feminina idealizada - Iracema é a personagem do romance de José de Alencar - "*a virgem dos lábios de mel*". Penso que este quadro pode ser visto como um projeto para o vir-a-ser.

QUADRO III - 22/agosto/77



Desenhado 4 meses após o início da Terapia Ocupacional. A paciente desenha com lápis preto (grafite) o busto de uma mulher e colore a blusa, lábios, maçãs do rosto e a fita no cabelo de vermelho. Esta cor, isoladamente, pode ser significativa de “*estados afetivos indiferenciados*” (12); MS aplica a cor de forma tênue, o que denota, neste caso, o aparecimento da afetividade, timidamente, mas que já se esboça. Os braços parecem abraçar, mas abraçam o vazio. O que denota falta de objeto externo, embora o ego já se mostre mais integrado. Ainda podemos ver, apesar das melhoras, aspectos paranóides e defensivos dos contatos, tanto pelos grandes olhos, quanto pelos dedos pontiagudos. Neste quadro, a hemiface esquerda sugere uma expressão de depressão e a direita um olhar mais franco. O conjunto perde a expressão de raiva e passa a sugerir alguma calma e discreta depressão.

A timidez se observa na leveza de seu traço e a vaidade, no laço de fita na cabeça. A tenuidade do vermelho e a leveza do traço podem também estar ligados a um rebaixamento grave da agressividade vital de MS.

QUADRO IV - 20/janeiro/78



Pintado 9 meses após o início da Terapia Ocupacional.

A paciente pinta com guache em tons vermelho, rosa salmão, amarelo-ouro e reserva o preto para o contorno dos olhos, uma linda figura feminina que traz sobre sua cabeça um “chapéu de palha” e no rosto uma expressão coquete.

Pintura esteticamente bela, mostrando narcisismo; a pessoa que se sente amada, desejada e que começa a amar e desejar.

Figura muito integrada, significativa da integração interior vivida pela paciente. Neste quadro, ela mantém os grandes olhos, mas os tem fechados. Já não se observam os aspectos paranóides, mas podemos ver discreta depressão. Neste quadro, o amarelo, cabelos que ladeiam o rosto em vermelho, se contrapõe à segunda cor, como que limitando-a. O vermelho significativo de uma carga maior de impulsos (“compulsividade”) (12) na extroversão, vê esta característica socializada pelo amarelo.

E, como que para reforçar esta socialização, o vermelho se vê diluído pelo branco e tornado rosa, que o limita entre o tronco e o chapéu.

A diluição de uma cor pelo branco promove o esmaecimento da cor mais forte, neste caso o rosa sugere uma diminuição dos elementos compulsivos do comportamento de MS.

Este quadro foi pintado sobre um pedaço de cartolina branca de 27x30 cm e a ele não foi dado nenhum nome. Parece-me que dar nomes aos quadros era uma forma de reforçar o que ela buscava comunicar e sentia não ter conseguido.

Dar nome às garatujas tem grande significado com crianças pequenas, corresponde à saída do “*pensamento cinestésico*” (18) (ação pela ação) e à transferência para o “*pensamento imaginativo*” (18) (a criança começa a fazer imagens mentais). Com MS, acredito que este pensamento se ajusta perfeitamente aos primeiros quadros. Mas, com relação a este, não dar nome algum é indicativo de que ela conseguiu com muita expressividade e força, retratar suas vivências.

De fato, a expressividade desta pintura é tanta que dispensou MS de dar-lhe um nome; nele, mais que nos outros, ela conseguiu fazer valer in totum sua intenção de produzir algo que retratasse o seu estado atual.

QUADRO V - 27/fevereiro/78 (3 quadros)



Pintado 10 meses após o início da Terapia Ocupacional.

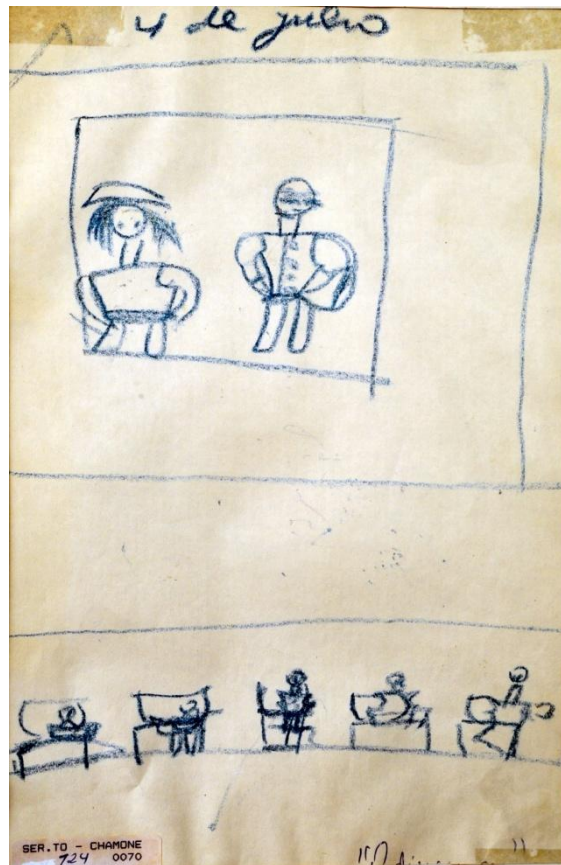
A mãe de MS morava fora de Belo Horizonte e por essa época veio ver a filha. MS pinta com guache em tons: verde-petróleo, azul-cinza, amarelo-ouro e marrom-escuro, paisagens e figuras humanas.

Estas voltam a se deformar, mas as deformidades estão longe daquelas observadas no QUADRO 1. Volta ainda a pintar o sol e a lua no mesmo quadro. Sua árvore perde a densidade, a figura humana começa a ter os membros separados do corpo. Interessante observar que nestes quadros ela pintou duas figuras, uma mais forte que a outra. Como se a menos fosse a imagem inversamente refletida da maior. Essa série mostra a postura regressiva da paciente frente a sua mãe, percebida como a grande mãe idealizada e não desmistificada. Pode ser entendida ainda como sendo o desejo do “happy-end” com a mesma, numa tentativa de reparação. Nesta série, ela usa marrom-escuro que é sugestivo de “*coartação da extroversão*” (12) para pintar árvores e figuras humanas. Já o verde, significativo de extroversão, vê esta característica negada pelo acréscimo do preto. A “*coartação da extroversão*” se vê reforçada pelo azul-cinza usado nesta série: em nuvens, céu, lua. Estas duas cores misturadas são significativas de extroversão.

A somatória do preto a qualquer outra cor tem significado diferente da somatória com o branco.

Com o segundo significa uma diluição, uma perda de força, enquanto que a mistura com o primeiro é sugestivo da negação. Equivale a como se os sentimentos readquiridos por MS comessem a ser negados quando do seu novo e difícil contato com sua mãe. Após a chegada da mãe a Belo Horizonte, MS começa a ser acompanhada por ela à clínica. A mãe ficava na sala de espera com um terço na mão até dormir. Uma vez interrompeu uma sessão de MS para chamar-lhe a atenção (ela estava se negando a ficar na oficina); expliquei-lhe a função da oficina, solicitei que ela não entrasse mais ali enquanto MS estivesse lá dentro. O fato não se repetiu.

QUADRO VI - 04/junho/77
O CINEMA

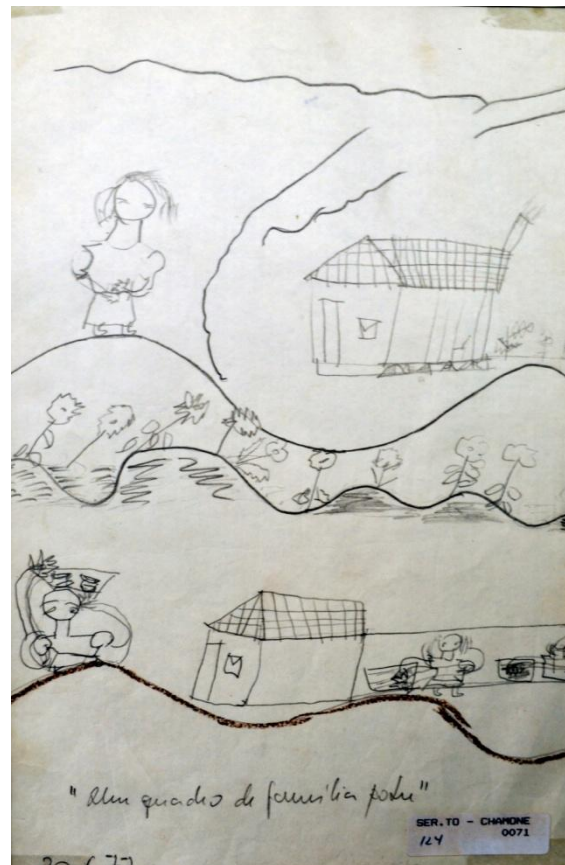


Quadro monocromático, desenhado com lápis azul-escuro.

Esta cor está ligada à introversão, é a cor da “*adaptação afetiva*” (12), sua ação poderia ser vista como a de elaboração dos estímulos. Seu uso em excesso pode significar forte controle nas relações, e desligamento do indivíduo.

É interessante notar que a paciente preferiu esta cor para representar um grupo de pessoas que assistem a um filme e, na tela, “um casal de namorados”. Aqui se esboça com mais intensidade a cena amorosa, edípica. Entendo este quadro também como uma diminuição dos elementos persecutórios. Acho-o extremamente positivo, na medida em que ele possa significar a coragem de se expor. Exposição ainda sob controle, que nos é sugerido pela cor usada, mas de qualquer forma consentida; sugestão que o grupo de assistentes, pela sua postura, nos dá. Precisamos salientar que poucos dias depois MS manifestou desejos de participar do grupo. A este quadro ela deu o nome de “O CINEMA”.

QUADRO VII - 20/junho/77
O HOMEM EM TRABALHO – “UM QUADRO DE FAMÍLIA POBRE”



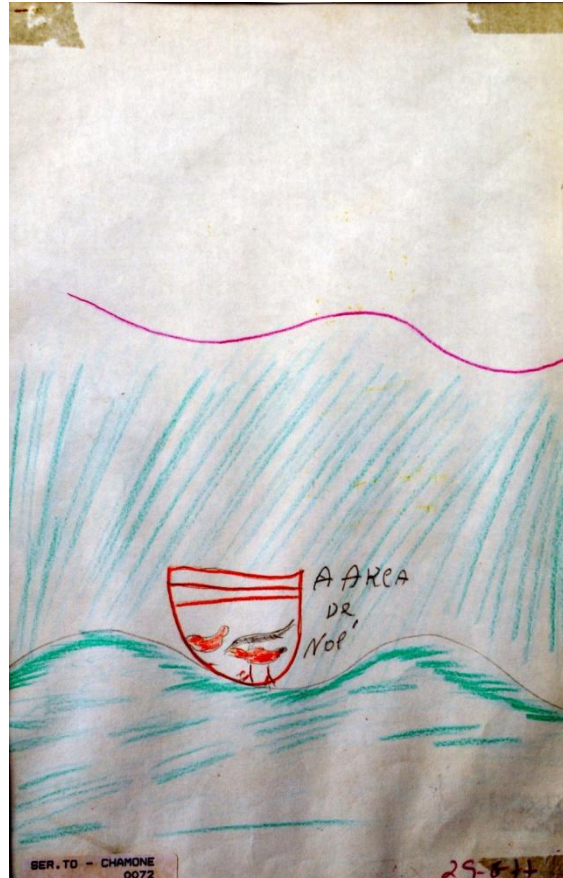
Este quadro está desenhado em grafite e marrom (segunda linha do solo) e é dividido em dois planos. Ele representa o universo da lavadeira. No plano superior, a lavadeira vai “à casa rica” buscar a roupa suja para lavar; no segundo a mesma lavadeira chegando em “sua casa pobre e os tanques no fundo do terreno”. Este quadro é significativo da capacidade readquirida por MS de fazer relações entre os objetos do mundo externo, ligando-os entre si numa relação adequada. É também significativo da relação afetiva com o trabalho, foi a forma que ela encontrou para nos relatar os hábitos de sua família, além de nos mostrar como o trabalho é integrador. No mínimo, neste caso, ele integrou os dois mundos de MS. O mundo rico da saúde e o pobre da doença, além de mostrar a cicloídia ainda presente em sua estabilidade psíquica.

A 2ª linha do solo, pelo fato de ter sido a única colorida e ainda assim de marrom, parece-nos reforçar nossa interpretação de que o segundo plano refere à sua patologia. Isto é confirmado pelo fato de que “o marrom não é uma cor habitualmente usada indivíduos normais” (12).

Evidentemente, a interpretação de Amaral quanto a esta cor, se aplica à medida em que é usada na situação formal de teste, mas isso não nos impede de usar esta mesma interpretação como parâmetro, já que se trata de caso real de esquizofrenia residual.

A este quadro MS deu o nome de “Um quadro de uma família pobre”.

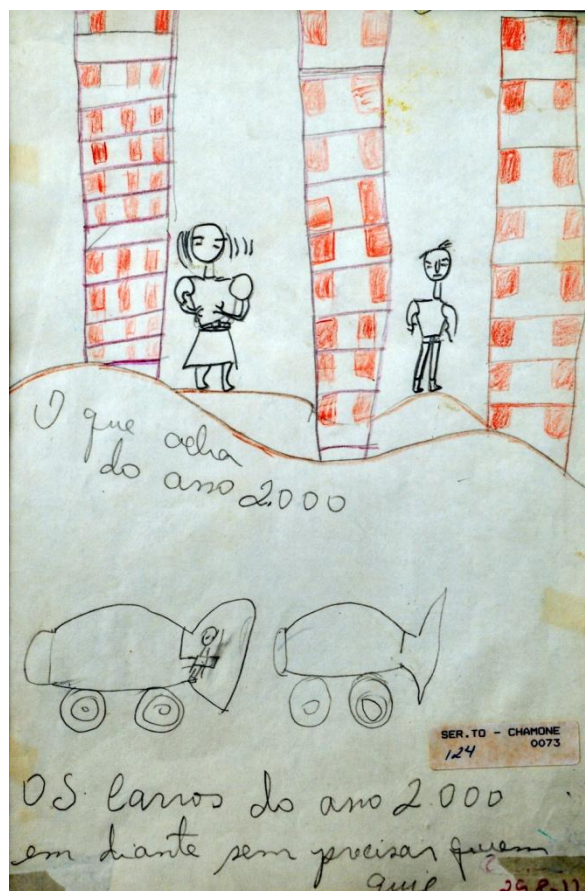
QUADRO VIII - 29/agosto/77
A SALVAÇÃO - "ARCA DE NOÉ"



É um quadro policromático, está desenhado e colorido de azul-piscina, vermelho e preto. Ele busca representar uma arca com animais dentro, sobre um mar revolto, com chuva caindo. Este tema foi mais tarde repetido: os animais substituídos por pessoas e a arca por uma jangada. A cor azul-piscina é de fato um azul esverdeado ou verde-azulado, de qualquer forma é uma cor em cuja composição entram o verde e o azul. Interessante observar que o grupamento formado pelas cores azul, verde, vermelho é denominado por Amaral de *"síndrome de normalidade, por serem estas cores que predominam na ordem de preferência dos adultos normais"* (12).

Não importa em que percentuais as cores se distribuem nesse quadro, e se estão ou não esmaecidas, pois concretamente a paciente as usou sendo isto reforçado pelo fato de que seu uso se deu para expressar um sentimento de fé. Evidentemente, o fato de sua aplicação ter sido feita de forma tênue, como o foi, significa ainda uma inibição dos sentimentos que nela agora reaparecem. Por outro lado, a importância deste quadro reside também no fato dele ser a representação da salvação, apesar de quanto o ambiente possa estar agressivo ou ameaçador. A este quadro ela deu o nome "ARCA DE NOÉ".

QUADRO IX - 29/agosto/77
O FUTURO – “O QUE ACHA DO ANO 2000”



A paciente desenha com grafite e colore de vermelho prédios, carros e pessoas. Escreve no quadro as seguintes frases: “O que acha do ano 2000” e “os carros do ano 2000 em diante sem precisar quem os guie”.

Entendo este quadro como a manifestação da crença que ela experimenta de um dia “melhorar de tudo”, ter alta e “voltar para a faculdade”. É também significativo de que neste instante a paciente já não nega a existência de suas dificuldades, pelo contrário, percebe-as assim como percebe a necessidade de tratar-se, como também a possibilidade de salvar-se e retomar sua vida. Denota ainda, pela base afunilada do prédio central, sua instabilidade.

E pelo fato das pessoas estarem separadas entre si pelos prédios, podemos ver seu temor ainda existente de aproximar-se dos outros. A identificação com o automóvel sugere-nos desejos de autoguiar-se. A pequena faixa azul na parte superior do quadro, céu, pode ser vista como uma tentativa de controlar a impulsividade expressa pelo vermelho, assim como uma dificuldade de visualizar o seu espaço futuro. Mas, de qualquer forma, é também significativo de: “estou aqui embaixo e o céu lá em cima”. Isto me parece bom porque, de fato, é uma representação bem próxima do real, já que representar em perspectiva exige não só muito conhecimento como também segurança quanto aos sentimentos. E aqui, ela fala francamente do futuro, ela o deseja bom, mas não tem certeza disto. Já no quadro anterior — “Arca de

Noé” — o céu ocupa todo o espaço entre o mar e arca, pois esta é uma situação que ela já conhece. O céu, portanto, é uma coisa boa a se alcançar, mas é difícil chegar até lá.

QUADRO X - 12/dezembro/77
A CLÍNICA - “O PROFESSOR COM SEUS ALUNOS”



Este quadro foi pintado uns dias antes de nossas férias, e representa nossa clínica. MS procura representar a clínica, tal como ela agora a vê e observa concretamente, pinta as pedras que revestem sua fachada, as árvores, desenha-me assentado na mesa, como eu às vezes ficava.

Desenha um sol no canto superior direito. Em nossa cultura, escrevemos da esquerda para a direita, onde se dá o fim da frase. De fato, este canto no teste da árvore significa “*chegada, zona de atividade, espaço do ator na vida, fim, alvo*” (11), segundo a simbologia do espaço, de Grunwald Kock. Além disso, o sol está pintado em amarelo-ouro, que é uma cor significativa de “extroversão mais socializada, mais adaptada” (12), com melhores relações com o ambiente. O que é reforçado pelo fato dela ter objetivamente observado a clínica, as pessoas com seus hábitos (assim como os quadros VI, VII). Posso entender este quadro como indicativo de uma diminuição da idealização que acaso possa MS ter feito com relação a nós.

Outra observação refere-se à estrada negra frente à clínica; pode ser a representação objetiva do asfalto, mas pode significar seu temor pelas férias do Terapeuta, o que significaria, para ela, ser lançada no mundo que tanto a atemoriza. Mas todo o conjunto é sugestivo do quanto a clínica passou a ser objeto bom para MS e, por isto mesmo, o medo de sua perda. A este quadro ela dá o nome de “o professor com seus alunos”.

QUADRO XI - 23/janeiro/78
O AMOR – “A PRIMAVERA”



Desenhado após as férias. Neste quadro, desenhado e colorido com lápis nas cores amarela, vermelha, azul e verde, MS faz árvores (a da extrema esquerda sem colorir), um homem montado a cavalo, sol, lua e, no centro do papel, um coração vermelho com um casal. É um quadro sugestivo da alegria da volta, do reencontro. Como MS disse, “primavera” de sentimentos sutis, novos, nascimento de emoções ternas, mostrando toda a afetividade se abrindo. É um quadro lírico, cuja beleza retrata o nascimento do amor numa psicótica. Aqui é preciso salientar que este quadro, pelas cores usadas, reforça a interpretação daquele que leva o nome “Arca de Noé”. O amor torna o mundo bom e sua existência salva o homem do naufrágio, acalma os ânimos, domina a violência, (o homem montado a cavalo) dirige os instintos. A este quadro MS deu o nome de “A primavera”.

Como vimos, pintura e desenho foram as técnicas com as quais MS mais se identificou e em que, portanto, mais se empenhou. As outras atividades foram decisivas no seu tratamento, mas estas duas foram a tônica do mesmo.

Um pensamento de Lowenfeld acerca da pintura para crianças, explica bem a função da mesma para o adulto em especial para MS - *“a arte constitui o equilíbrio necessário entre o intelecto e as emoções. Pode tornar-se como um apoio que (os pacientes) procuram naturalmente - ainda que de modo inconsciente - cada vez que alguma coisa os aborrece; uma amiga à qual se dirigirão, quando as palavras se tornarem inadequadas”* (19), e de fato as palavras há muito tinham perdido para MS o sentido habitual.

Então, com a pintura, procurávamos suprir MS de possibilidades de registrar sua personalidade e de compreendê-la, dar-lhe oportunidade de relacionar suas coisas internas com as externas, encorajar a possibilidade de autoexpressão, estimular o respeito pelo trabalho, e principalmente criar uma nova linguagem para se comunicar, rever e refazer sua história. E o conseguimos.

A motivação para a pintura era em MS uma necessidade visceral e ela buscava em si mesma seus temas. Ela não procurava representar o que via, mas sim o que sentia. Com sua entrada para grupo, MS continuou pintando o que sentia, mas já representando também o que via e como o via.

Então ela procurava relacionar a realidade interna com a realidade externa (predominantemente quadros VI, VII). Posso entender isso como sendo uma retomada de uma linguagem compreensível.

O borrão, o rabisco, o desenho compreensível de alguma coisa, são sempre o conteúdo profundo de quem desenha ou rabisca, ou borra, e são a melhor maneira de explicar-se o que o indivíduo encontra, muito antes de ser uma deficiência motora ou perceptiva pura e simplesmente. MS desenhava aquilo que lhe importava, e isto não significa, em hipótese alguma, que ela não tenha visto ou sentido o que deixou de desenhar, e, se não o fez, isso só se deveu à ausência de necessidade de fazê-lo, naquele instante.

Só se pinta ou esculpe aquilo que é verdadeiramente uma necessidade vital para o indivíduo no momento. Intervir no processo criativo é matar no nascedouro a inspiração, a coragem de liberar-se, e só induz o paciente a cifrar ainda mais suas figuras, porque a intervenção, conforme a maneira que for feita, é vista como instrumento de limitação, de invasão da intimidade (vide evolução datada de 28-08-77), o que pode levar o paciente a se irritar, rejeitar a atividade ou até mesmo abandonar a terapia.

A conduta do Terapeuta Ocupacional frente a quem pinta ou esculpe deve ser discreta, afetiva. E, caso seja necessária qualquer intervenção, seja para orientar quanto à técnica de soldagem da argila, por exemplo, seja para fazer qualquer intervenção verbal, o comportamento deve ser oportuno, franco, comedido. Deve-se construir frases que não sugiram ambigüidade, deve-se fazer exatamente a pergunta ou afirmativa que se quer de forma franca e aberta: o que é

isso? O que foi que você pintou? Este quadro, o que significa? Ele está completo? Você pode fazer melhor. Tente de novo.

Vejam, se afirmo que o quadro está incompleto dizendo — complete-o — estarei exigindo do paciente o que ele não pode ou não quer nos dar. Se confirmo inadvertidamente que um quadro é uma seqüência de um anteriormente pintado, posso inibir esta forma de associação livre de idéias e o paciente interromper sua seqüência. Se, em lugar do - que é isto? - eu de início afirmo isto é ... posso acertar porque o paciente de fato fez algo compreensível; o que lhe agradará. Como posso, não acertando, apenas deixar claro que ele não conseguiu comunicar o que pretendia, no nível em que eu podia compreender, o que o frustrará, porque, de fato, o paciente pode estar interessado em pintar apenas para seu foro íntimo, mas sempre tem o desejo de se fazer compreender. Então, ele poderá, mais uma vez, ver-se frustrado. Evidentemente, não cabe ao Terapeuta Ocupacional tomar uma postura superprotetora para com o paciente, pelo contrário, deve comunicar-lhe que não entendeu e que ele deve tentar mais uma vez.

Mas isto é diferente de apenas deixar para o cliente a percepção de que o boi que ele pintou mais parece uma minhoca. Isto é desagradável e dispensável porque não leva a nada a não ser, outra vez, ao sentimento de fracasso, ou de não aceitação, porque de fato o paciente sempre pinta, em primeira instância, o que sente e não o que vê. Porque a *“obra de arte não é a representação de uma coisa, mas a representação das experiências que temos com esta coisa”* (19), e como as experiências mudam, muda também a forma de representá-las, daí a necessidade do Terapeuta ser paciente, permitindo ao cliente usar e freqüentar o seu ritmo pessoal, ser atencioso e principalmente afetivo porque sua importância neste instante é a de criar uma atmosfera que conduza à inventividade, à exploração e à realização.

As atividades e seu plano de execução são pessoais e intransferíveis para cada paciente e nas técnicas de pintura, desenho e modelagem, isto, mais que nunca, é o verdadeiro.

As intervenções do Terapeuta Ocupacional nestas técnicas devem se limitar à busca das razões e dimensão de cada cliente, procurando dar a ele a oportunidade de, com seus próprios meios, sair do pensamento cinestésico puro e simples para entrar no plano das imagens mentais concretizadas, quando então ele poderá, no ato de criar algo concreto, refazer sua história - função primeira da Terapia Ocupacional.

Em nossa conduta com MS procurávamos apenas refletir o que ela falava como forma de reforçá-la e como maneira de dizer se a tínhamos ou não entendido. E, na medida em que havia indicação, solicitávamos que ela nos dissesse o que pretendia fazer, como e por que. Acreditamos que a evolução humana vai da ação mecânica pura, até a percepção do todo, a partir da parte até a explicação verbal da mesma.

Outra razão para nossa conduta, quanto à cobrança da explicação verbal, quando ela nos dava oportunidade para tanto, era o fato de que queríamos que ela “ouvisse” o seu desenho.

Enquanto o cliente pinta, ele de fato está manipulando elementos suficientemente satisfatórios para conotar e simbolizar. Nestes termos, a solicitação da verbalização após a pintura ou modelagem é como uma oportunidade que se dá ao paciente de ser o autor e o crítico do que fizer. E assim agimos com MS.

PALAVRAS FINAIS

No início de sua terapia, MS pedia para ir embora, demonstrava muito medo de estar comigo, muita angústia. A cada instante procurava por sua acompanhante, temendo ser por ela abandonada. O trabalho com porta fechada era impossível, porque estar comigo sozinha evocava o “tarado” que lhe agredira e que ela não conseguia entender. Durante muito tempo a porta da oficina permaneceu aberta e, às vezes, era preciso chamar a acompanhante para que ficasse lá também, conosco.

Este quadro mudou, MS evoluiu, cresceu, ganhou confiança, solicitou amigos, saiu da situação de trabalho individual para o grupal, passou a esperar, ao final do trabalho, por quem viesse buscá-la.

Em fevereiro de 1978, sua mãe chega a Belo Horizonte e permanece com MS até a data da interrupção da Terapia Ocupacional, o que se deu a 30 de junho do mesmo ano.

Com a chegada da mãe, os temores da irmã-tutora se realizam. Em casa, MS volta, pouco a pouco, a pedir as coisas, e na clínica já não aceita fazer com tranquilidade o que anteriormente vinha fazendo. A presença de sua mãe ativa nela o desejo de voltar à casa dos pais. A família substituta não consegue superar a original, A mãe de MS era impermeável a qualquer orientação que pudéssemos e tentássemos dar. Pouco a pouco, o desenho de MS foi dando mostras de nova involução. E ela foi ficando impaciente, perguntando a cada momento pelas horas e quando terminaria a sessão. Na primeira semana de julho de 1978, ela faltou a todas as sessões programadas há muito tempo. Preocupado com este fato, entrei em contato com a tutora, que me encaminhou o seguinte recado:

“... o fato é que achei que mamãe havia lhe falado, pois a decisão foi de MS e dela. MS quis voltar para casa com ela e ela vai levá-la na próxima semana. Eu não posso forçá-la a ficar comigo. Realmente ando muito preocupada e receosa do que poderá acontecer, mas não posso fazer nada ... minha mãe está em fase de arteriosclerose e é muito difícil fazê-la compreender as coisas. MS não quer mesmo ir comigo (a tutora estava se mudando de cidade). Desde que mamãe chegou, ela pede para ir para casa. Assim, nada pude fazer.”

Fui então procurado, pela primeira vez, por outro irmão de MS. Estava também preocupado, não sabia o que fazer e, como a tutora, ele começou a temer pela sorte de MS caso voltasse para casa.

E no dia 21 de julho de 1978, por minha solicitação, vi MS pela última vez e fiz a seguinte anotação em seu prontuário: *“Hoje vi MS pela última vez. Estava acompanhada pela mãe e se apresentava vestida de maneira inadequada, exatamente como na primeira entrevista. Roupas mambembe; decote caído pelos ombros, a anágua aparecendo por debaixo da saia. Cara muito doente, muito excitada. Comportamento muito alterado, estava igual ao 1º dia.”*

Sabemos que, apesar de experimentar um retorno a um estado ruim, a melhora de MS foi enorme. Resta-nos esperar que essa melhora, passado o susto inicial do reencontro, lhe dê condições de conviver mais adequadamente, como aqui aprendeu a fazer. Mas lamentamos muito quando lembramos que o ambiente para o qual ela volta possa continuar desfavorável, e que o cimento do alicerce possa não estar seco ou ter sido insuficiente.

Mas, apesar de tudo, e considerando que a fala foi um instrumento de comunicação criado pelo homem, senão posteriormente, pelo menos concomitantemente ao fazer; e como a regressão a estágios anteriores da evolução é o melhor que indivíduo pode dar ao outro, quando o ambiente externo lhe é extremamente adverso; já que trabalhar é uma atividade eminentemente humana e o trabalho é o instrumento de inserção do indivíduo na sociedade e dentro de si mesmo; e porque a mágica das palavras foi esvaziada deste sentido nos tempos atuais, e mais, o falar e fazer-se entender não é tão fácil quanto se imagina, muito menos para uma pessoa gravemente enferma psiquicamente, e, ainda: o instrumento de comunicação da Terapia Ocupacional é, antes de tudo, não verbal e absolutamente natural, já que seu método de tratar é o de transformar a realidade interior pela concretização dos sentimentos e desejos de quem fabrica; considerando, também, que fazer, conceituar para si, falar para o outro o que pensou, são atos concomitantes e interdependentes, acreditamos que em quadros muito graves e defeituosos de esquizofrenia, como o de MS, a Terapia Ocupacional deva ser o tratamento escolhido.

Podemos entender que a indicação da Terapia Ocupacional se deve não só à singularidade da relação terapêutica (a comunicação se dá em vários níveis concretos simultâneos e concomitantes), mas também pela extensão desta singularidade à natureza de seus instrumentos (o mesmo que facilita a agressão traz em si a reparação, também de forma simultânea e concomitante).

E ainda, que a simultaneidade e concomitância dos opostos e a singularidade da relação terapêutica ocupacional conferem ao método uma rapidez incrível na obtenção de seus resultados e, por outro lado, garantem um rápido retorno do homem ao seu ambiente natural (extra-hospitalar, quando for o caso), impedem que o indivíduo se isole do seu meio, tornam a assistência à saúde mental mais econômica, já que, pela natureza da relação (através do trabalho) o método pode ser aplicado em hospitais de grande porte, garantindo por isso uma assistência dinâmica à maior parte dos internos, o que permite reduzir o tempo de hospitalização ou até mesmo sua dispensa, se o método for convenientemente indicado e aplicado, como pudemos ver com MS.

Entendo que a loucura é o melhor que o indivíduo pode dar quando tudo lhe parece mal, e que a cura, se não estou sendo ingênuo, é uma consequência direta da mudança do meio em que vive o paciente, e de seu desejo, ainda que mínimo, de viver. Mas sei que uma coisa é idealizar, outra é realizar. São dois níveis muito diferentes de uma mesma realidade. Mas o relato desse caso é uma tentativa de mostrar que é sempre possível fazer algo pelo outro, desde que tenhamos coragem de sair do nosso marasmo e nossa descrença, de nossos parâmetros cristalizados.

Não importa o quanto possam ter sido transitórios os resultados alcançados por MS, tenho certeza de que ela voltou a viver, só não sei se ainda esta viva, pois nunca mais tive notícias dela.

O livro já estava terminado aqui, mas, alertado para a necessidade de se ter autorização da tutora para publicá-lo, voltamos a lhe telefonar no dia 15 de abril de 1980 e a informamos sobre nossa necessidade. A 22 de maio do mesmo ano, a tutora fez a leitura dos originais e a 15 de julho, junto com a autorização para a publicação, nos encaminhou o seguinte relatório acerca do estado atual de MS.

“ASPECTO FÍSICO: *Apenas um pouco mais gorda, pelo fato de minha mãe não conseguir dela o que eu consigo quando estou presente - que faça controle alimentar, além de ginástica, massagem e fisioterapia em geral. Os cuidados pessoais, continuam os mesmos que lhe ensinei e que exijo sejam praticados: banho diário, depilação semanal, tintura nos cabelos, manicure, pedicure, maquiagem simples. Só as sobrancelhas ela não permite que sejam acertadas. O vestuário é de acordo com o que nós compramos, atualizado, cores discretas, modelos apropriados ao seu tipo físico e idade. A higiene pessoal é controlada e feita de modo certo.*

ASPECTO EMOCIONAL: *Algumas vezes apresenta-se deprimida, chorosa, lamuriosa. Queixa-se de não ter estudado e obtido uma profissão como todos os outros. Também em outras, irritada, agredindo por motivos que só ela mesma poderá explicar. Na maioria das vezes, passiva e dócil. Tem apego ao nosso pai e tem sofrido muito com a doença dele. Atualmente ele está muito doente, desde que teve edema pulmonar, no ano passado. Tem se adaptado muito bem a mamãe, embora se desentendam frequentemente.*

ASPECTO SOCIAL: *Tem participado da vida familiar, aniversários dos sobrinhos, churrascos na fazenda, alguns casamentos e outros passeios quando é convidada e sente vontade. Cumprimenta as pessoas, despede-se, conversa algumas coisas, quando lhe perguntam. Sendo que algumas vezes fala coisas desconexas, o que nos parece normal, tendo em vista o seu caso médico.*

ASPECTO DE SAÚDE: *Não está melhor pelo fato de estar em companhia de minha mãe. Se estivesse na nossa, estamos certos de que já estaria saindo sozinha e gerindo o seu próprio dinheiro. Pois chegamos a conseguir dela um início de tal independência; o que prejudicou muito nosso trabalho foi a nossa mudança de residência para X; e ainda o fato de nossa mãe a tratar como “pessoa doente” * dando a entender que não confia nela.*

*Mas, de um modo geral, considerando-se o fato de que ela há 20 anos permanecia sem condições de viver com a família, tendo-se transformado num “animal”, * podemos afirmar que o seu caso representa um verdadeiro milagre no campo da psiquiatria atual. Pois até mesmo a*

* Grifo da Tutora.

sua médica, que a acompanhava há muitos anos, não acreditava que ela chegasse ao ponto em que está.”

Evidentemente, esse relatório é altamente gratificante para um profissional. Não deixando de constituir uma comprovação objetiva de nosso modesto esforço no processo de recuperação da paciente.

Mas é preciso deixar claro que a crença, a fé da irmã-tutora quanto a uma melhora maior do que MS conseguiu, nos parece uma perigosa expectativa. As dores de sua tutelada são tão profundas, deixaram tantas marcas, que possivelmente elas já se tornaram indeléveis.

Mas, de toda esta luta, fica a certeza de que a Terapia Ocupacional é um processo que atua tanto sobre a psicologia individual, quanto sobre a organização social. E de que, na busca da representação de como o homem poderia ser, de fato, o paciente acaba por se refazer, e assim o fez MS.

BIBLIOGRAFIA

1. PSICOTERAPIA DE GRUPO. S. H. Foulkes; E. J. Anthony. BUP — Biblioteca Universal Popular. Vol. 64. Rio, 1967.
2. PSICOTERAPIA DE GRUPO. Asya L. Kadis; Jack D. Krasner; Charles Winick; S. H. Foulkes. IBRASA — Instituição Brasileira de Difusão Cultural S.A.. São Paulo, 1967.
3. PSICOTERAPIA DE GRUPO. Leon Grinberg; Marie Langer; Emilio Rodrigué. Editora Forense Universitária. 1976.
4. PSICOTERAPIA DEL OPRIMIDO. Alfredo Moffatt. Ed. Liberia. Buenos Aires, 1975.
5. GRUPOS HUMANOS. W. J. H. Sprott. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1973.
6. O PEQUENO GRUPO SOCIAL. Michael S. Olmsted. Editora Herder. São Paulo, 1970.
7. O TRABALHO EM GRUPO. Josephine Klein. Zahar Editores. São Paulo, 1968.
8. TRATADO DE MUSICOTERAPIA. E. Thayer Gaston y otros. Editorial Paidós. Biblioteca de Psiquiatria, Psicopatología Y Psicossomática. Vol. 46. Buenos Aires, 1971.
9. MUSICOTERAPIA EN PSIQUIATRIA. Metodología Y Técnicas. Rolando O. Benenzon; Antonio Yepes. Barry Editorial. Buenos Aires.
10. TRATADO DE MUSICOTERAPIA. Clotilde Espinola Leining. SETA — Sobral Editora Técnica Artes Gráficas Ltda. São Paulo, 1977.
11. O TESTE DA ÁRVORE. Emano Ducceschi. Editora La Salle. Porto Alegre, 1966.
12. PIRÂMIDES COLORIDAS DE PFISTER. Fernando de Villemor Amaral. Edições Cepa. Rio de Janeiro, 1966.
13. A PREPARAÇÃO DO ATOR. Constantin Stanislavsky. 4ª Edição. Coleção Teatro Hoje. Vol. 12. Editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 1979.
14. 200 EXERCÍCIOS E JOGOS PARA O ATOR E O NÃO ATOR COM VONTADE DE DIZER ALGO ATRAVÉS DO TEATRO. Augusto Boal. 2ª Edição. Coleção Teatro Hoje. Vol. 30. Editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 1979.
15. STOP: C'EST MAGIQUE!. Augusto Boal. Coleção Teatro Hoje. Vol. 34. Editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 1980.

16. TEATRO E CRIATIVIDADE. Luiza Barreto Leite. MEC. Serviço Nacional de Teatro. Rio de Janeiro, 1975.
17. PSICOTERAPIA PSICODRAMÁTICA. Dalmiro M. Bustos. Biblioteca de Psiquiatria, Psicopatologia. Editorial Paidós. Vol. 47. Buenos Aires, 1975.
18. DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE CRIADORA. Viktor Lowenfeld; W. Lambert. Brittain. Editora Mestre Jou. São Paulo, 1977.
19. A CRIANÇA E SUA ARTE. Viktor Lowenfeld. Editora Mestre Jou. São Paulo, 1977.
20. AS ORIGENS DA FORMA NA ARTE. Herbert Read. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1967.
21. ARTE E ALIENAÇÃO. Herbert Read. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1968.
22. EDUCACIÓN POR EL ARTE. Herbert Read. Editorial Paidós. Biblioteca de Psicología Educacional. Vol. 1. Buenos Aires.
23. COMO ENTENDER A PINTURA MODERNA. Carlos Cavalcanti. Editora Civilização Brasileira. 1966. Rio de Janeiro.
24. PSICOLOGIA E TRABALHO. Organização de Peter Harriot. Curso Básico de Psicologia Unidade e vol. 1. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1977.
25. O TRABALHO EM MIGALHAS. Georges Friedmann. Editora Perspectiva / Coleção Debates. Vol. 53. São Paulo, 1972.
26. MANICÔMIOS, PRISÕES, CONVENTOS. Erving Goffman. Editora Perspectiva / Coleção Debates. Vol. 91. São Paulo, 1974.
27. FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DA PSICOTERAPIA. Viktor E. Frankl. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1978.
28. ESTÉTICA: A IDÉIA E O IDEAL. Hegel, W. Friedrich. Coleção “Os Pensadores”. Abril Cultural. 1980.
29. O TEATRO COMO OCUPAÇÃO TERAPÊUTICA — Uma experiência. Rui Chamone Jorge; Francisco José dos Reis Goiatá. Trabalho apresentado na II Semana de Estudos de Terapia Ocupacional. Belo Horizonte, 1978.