

PRODUZINDO SENTIDOS: A CLÍNICA DA TERAPIA OCUPACIONAL SEGUNDO O OLHAR DE UMA ALUNA DA GRADUAÇÃO^{1,2}

Suíá Di Bianco Santoro³

Profa. Dra. Lucia Aparecida Bressan⁴

RESUMO

O início deste trabalho se deu a partir de uma proposta da disciplina de Terapia Ocupacional aplicada à Psiquiatria e Saúde Mental, do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Claretiano de Batatais. Foi realizado por uma discente, que cursava o sétimo semestre de tal curso, com a colaboração e orientação da docente responsável pela disciplina, sendo o local escolhido para o estudo o Hospital Psiquiátrico Santa Tereza da cidade de Ribeirão Preto – SP, campo de estágio do curso. O objetivo deste trabalho, portanto, é contribuir para a reflexão da clínica da Terapia Ocupacional. Para tanto, realizou-se uma coleta de dados referentes à instituição; e selecionou-se dois sujeitos em situação de internamento, sobre os quais foram colhidas informações em prontuário e conversas, e selecionados recortes de um atendimento clínico de Terapia Ocupacional. Todos os dados coletados foram confrontados com a literatura referente à Terapia Ocupacional Psiquiátrica obtendo-se como resultados a compreensão da necessidade de atendimentos terapêuticos ocupacionais voltados para o acolhimento de sujeitos que trazem consigo uma grande ansiedade, exaltada pelo afastamento de seu cotidiano com a internação, sendo o terapeuta ocupacional um suporte exterior contingente da sua ansiedade, mantendo um papel ativo e encorajador durante o processo, utilizando-se do fazer significativo.

Palavras – chave: Terapia Ocupacional. Psiquiatria. Institucionalização. Saúde Mental. .

PRODUCING MEANINGS: THE OCCUPATIONAL THERAPY CLINIC FROM THE VIEWPOINT OF AN UNDERGRADUATE STUDENT

ABSTRACT

The present study was started on the basis of a proposal by the discipline of Occupational Therapy applied to Psychiatry and Mental Health of the Occupational Therapy course of the Claretian University Center of Batatais. It was carried out by a female student enrolled at the time in the seventh semester of the course, with the collaboration and guidance of the professor responsible for the discipline.

¹ Recebido em 20 de outubro de 2006. Aceito para publicação em 04 de dezembro de 2006.

² Trabalho apresentado na XIV Semana de Estudos Da Terapia Ocupacional da UFSCar, em setembro de 2006.

³ Aluna do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Claretiano de Batatais

⁴ Docente e Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional da Centro Universitário Claretiano de Batatais; Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo; Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; Doutora em Neurociências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

The place chosen for the study was the Santa Tereza Psychiatric Hospital of Ribeirão Preto – SP, the site of training for the course. The objective of the study, therefore, was to contribute to a reflection about the Occupational Therapy clinic. Data regarding the institution were collected and two subjects in a situation of institutionalization were selected. Information was obtained from the medical records of these subjects and from conversations with them, and parts of an episode of Occupational Therapy clinical care were selected. The data collected were compared to the literature on Psychiatric Occupational Therapy and the result was the understanding of the need for therapeutic occupational care aiming at the sheltering of subjects who carry a high burden of anxiety exacerbated by removal from their daily life routine due to admission. In this process, the occupational therapist represents an external support contingent with the anxiety of the patient, playing an active and encouraging role throughout, based on significant doing.

Key words: Occupational Therapy. Psychiatry. Institutionalization. Mental Health.

INTRODUÇÃO

De acordo com Benetton (1994, p.6)¹ o objetivo maior da Terapia Ocupacional é alcançar a saúde mental, em qualquer área de atuação, sendo que a mesma deverá se tornar um instrumento para reinserção social. Desta forma, o presente trabalho nasceu a partir de uma proposta da disciplina de Terapia Ocupacional aplicada à Psiquiatria e Saúde Mental, e foi realizado no Hospital Psiquiátrico Santa Tereza da cidade de Ribeirão Preto – SP, campo de estágio do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Claretiano de Batatais. Assim, este relato se propõe a realizar a caracterização da instituição psiquiátrica onde ocorreu a pesquisa, a apresentação de sua dinâmica de funcionamento, e a descrição de atendimentos de Terapia Ocupacional relacionando-os à literatura da área

METODOLOGIA

Para a realização desta pesquisa foram colhidos dados da instituição com funcionários da mesma, bem como na literatura, e selecionados dois sujeitos em situação de internamento no setor de agudos masculinos, com os quais foram colhidas informações através de conversas e leitura dos prontuários, e durante atendimentos clínicos de Terapia Ocupacional, dos quais foram,

posteriormente, selecionados recortes. Os dados colhidos foram confrontados com a literatura referente à Terapia Ocupacional Psiquiátrica obtendo-se os resultados.

Optou-se pela utilização da análise qualitativa, pois segundo SILVA (1998, p.171)¹¹ esta oferece “ *um quadro de interpretações para medidas ou a compreensão para o não quantificável*”.

A Instituição

Segundo GOFFMAN (1961, p.11)⁵

“uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

A criação do Hospital Santa Tereza, na cidade de Ribeirão Preto - SP, se deu na década de 40 do século XX, num momento em que a crítica à psiquiatria brasileira baseava-se na superlotação dos hospícios existentes. Neste cenário, no ano de 1944 nasce o Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (HPRP) – o Santa Tereza, impulsionado pela necessidade de

desafogamento do Hospital Juqueri, de São Paulo. (GUIMARÃES, 1998, p.3)⁶.

Foi nesta época, a partir da década de 40, que ocorreu a introdução das terapêuticas biológicas, e com o posterior advento dos neurolépticos e outras terapêuticas como o eletrochoque, passou-se a enfatizar o uso de medicação. Até então, com medicações pouco eficazes no aplacamento dos sintomas psiquiátricos as ocupações eram vistas como uma conduta eficiente para o enfrentamento de comportamentos alterados e inadequados, para manutenção da organização hospitalar, e para uma real educação em alguns casos. (BENETTON, 2006, p.32)²

Ao longo da década de 80 foi intenso o movimento de Reforma Psiquiátrica. No Brasil, em 1989 temos o projeto de lei nº3657-B de autoria do deputado Paulo Delgado tramitando no senado; prevendo em seu artigo 1º a proibição, em todo território nacional, da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, e a contratação ou financiamento do setor governamental de novos leitos em hospital psiquiátrico. (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 1997, p.49)³.

Em meio aos questionamentos emergentes do paradigma da psiquiatria, a ação terapêutica passa a ser entendida como capaz de dar suporte para reconstrução da complexidade e da história das pessoas, e invenção de novas formas de produção de saúde e da reprodução da vida social. (ROTELLI, et.al., 1990 apud MANGIA, 2000, p.31)⁸.

Corroborando com esta idéia SARACENO (1998, p.30)⁹ vem apresentar a necessidade de uma clínica de produção de sentido, que esteja voltada para a escuta, que abra possibilidades para o paciente experimentar a intermitência de seu sofrimento e que permita ao paciente produzir valor social.

Há assim para a Terapia Ocupacional

“o desafio de repensar a reabilitação a partir da vida cotidiana, sobre o que torna as pessoas hábeis ou inábeis e sobre como desempenham sua contratualidade social”
(MANGIA, 2000, p.31)⁸

Em 07/06/1994 tem-se a Lei 6.820, a Lei da Reforma Psiquiátrica de Ribeirão Preto, que dispõe sobre a superação do modelo hospitalocêntrico e a criação de serviços comunitários substitutivos vinculados ao Sistema Único de Saúde, bem como sobre a diminuição dos leitos psiquiátricos, e utilização da internação psiquiátrica como último recurso. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2005, p.3)¹⁰. Assim, como estratégia para redução do espaço asilar são implantados o Núcleo de Convívio, a Vila Terapêutica e as Pensões Protegidas e Residências Assistidas.

O Hospital Santa Tereza é um macro hospital público, que tem nível de Departamento Técnico de Saúde, e conta hoje com 80 leitos destinados a internações de pacientes em fase aguda e dependentes químicos de ambos os sexos. No setor de dependentes químicos, os pacientes ficam internados para um período de desintoxicação e depois recebem orientações e encaminhamentos para continuidade do tratamento fora da instituição; como nos Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, unidades de atenção básica, CAPS ad -Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas, ou na rede de suporte social. O que vem ao encontro a LEI nº 10.216 de 06/04/2001⁷ que garante aos usuários dos serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas a universalidade de acesso e direito à assistência, e determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários. No setor de agudos, que é separado segundo o gênero nas alas masculina e feminina, os pacientes permanecem internados até a remissão dos sintomas, recebendo

cuidados intensivos, e após este período começam a ir visitar as famílias, passar os finais de semana fora, até serem desinstitucionalizados, recebendo orientações e sendo encaminhados a outros serviços da rede extra hospitalar, como os serviços residenciais terapêuticos (SRTs), e os centros de atenção psicossocial (CAPS). Atua na instituição uma equipe multidisciplinar, complementada por estagiários de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, medicina e técnico e auxiliar de enfermagem, juntamente com seus supervisores.

Caso 1

J.T.S., 49 anos, desquitado, caseiro. Entrada na instituição em 23/11/2005, com diagnóstico de síndrome de abstinência alcoólica, Etilista crônico (abuso crônico de drogas etílicas – álcool).

Devido ao uso abusivo de álcool o paciente encontrava-se com comprometimento significativo no funcionamento social e ocupacional, uma vez que apresentava sintomas como falta de coordenação, comprometimento da memória e atenção, alterações comportamentais.

Com a internação sofreu uma ruptura brusca de seu cotidiano, apresentando ainda maiores comprometimentos de seu funcionamento ocupacional devido aos sintomas decorrentes da abstinência de álcool.

Recorte de um atendimento clínico

O atendimento ocorreu numa sala em que simultaneamente outros dois pacientes estavam sendo atendidos individualmente. Neste setting, os materiais encontravam-se dispostos nos armários que permaneceram abertos para escolha dos pacientes. Sendo interessante explicitar que de acordo com VILLARES (2001, p.186)¹² este espaço, o setting, é um espaço de construção, que se inicia na “sala de terapia ocupacional”, um espaço onde convivem materiais diversos, trabalhos em andamento, exposição, esquecidos ou abandonados; e nos espaços que a terapia

ocupacional vai incorporando ou abraçando, como: cozinha, corredores, rua, lugares coletivos... Múltiplos espaços que abarcam as mais variadas atividades.

O paciente encontrava-se apático, sem iniciativa e teve que ser encorajado e estimulado pela terapeuta a explorar os materiais e escolher uma atividade a ser realizada. Foi escolhido pintar uma bandeja de madeira. Devido aos tremores característicos de sua condição clínica, apresentou dificuldades para coordenação do uso do pincel.

Durante a realização da atividade necessitou de auxílio da terapeuta para pintar algumas partes. Por apresentar-se apático foi preciso que a terapeuta adotasse um papel ativo. Segundo VILLARES (2001, p.187)¹²

“o terapeuta olha atentamente, ensina, dá dicas, faz junto, mostra alternativas, encoraja, acolhe as escolhas, socorre quando os recursos técnicos do paciente se esgotam...”.

Caso 2

C.H.C., paciente do sexo masculino, 48 anos, casado, dois filhos com diagnóstico de esquizofrenia, em atendimento grupal.

Recorte de um atendimento clínico

O paciente chegou ao setting muito agitado, falante, ansioso. Os materiais encontravam-se dispostos sobre a mesa, havendo ainda nas prateleiras atividades começadas, abandonadas... Desde o início da sessão o paciente manipulou todos os materiais ao seu alcance, falava sem parar, olhava e interferia com suas opiniões nas atividades dos demais participantes.

Escolheu que desenharia e então pegou lápis de cor e folhas de papel e começou a fazer diversos desenhos. A terapeuta que coordenava o grupo tentou orientá-lo após pegar três folhas e disse para concentrar-se em um desenho por vez, antes de pegar outra folha. O paciente então começou a fazer outros desenhos no verso de suas folhas.

Ao final da sessão cada participante apresentou a atividade que realizou, explicando-a ao grupo. O paciente deu um de seus desenhos para a estagiária, que está reproduzido neste texto.

A figura um (1) denominado pelo paciente como sendo ele próprio; e a figura dois (2), denominado como sendo sua esposa, com um vestido de bolinhas. Ao observar o modo como se desenhou, e como representou o outro (sua esposa) remetemo-nos ao que diz a teoria:

“a vivência corporal que esses sujeitos (psicóticos) podem relatar (...) é que sentem seus corpos vazios, ou cheio de coisas ou de sensações que não conseguem identificar ou traduzir. Sentem seus corpos compostos de pedaços desarticulados, ou às vezes de um só pedaço. De pedaços que não se sentem, de outros muito sensíveis, doloridos, que mal podem ser tocados. Sujeitos que vivem como se seus corpos não tivessem contornos, sem a delimitação de um dentro e um fora, que desconhecem o funcionamento de seu corpo e, algumas vezes, não conseguem reconhecer sua imagem corporal” (FERRARI, 2002, p.9)⁴.



Fig.1 - Auto-retrato

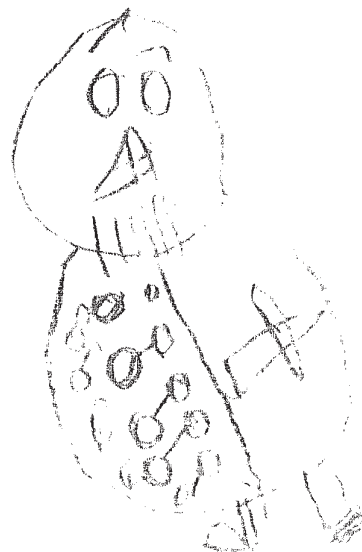


Fig.2 - Retrato da Esposa

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo VILLARES (2001, p.194)¹²

“a prática do terapeuta ocupacional está alicerçada na compreensão de como cada indivíduo significa suas ações no cotidiano, como vivencia esse cotidiano, que valor tem cada atividade no contexto em que vive”.

Deste modo, como resultados, obteve-se a possibilidade de levantar algumas considerações, como a compreensão da necessidade dos atendimentos terapêuticos ocupacionais serem voltados para o acolhimento de sujeitos que trazem consigo um grande sofrimento, exaltado pelo afastamento de seu cotidiano com a internação, sendo o terapeuta ocupacional um suporte exterior contingente da sua ansiedade, mantendo um papel ativo e encorajador durante o processo, utilizando-se do fazer significativo. É preciso antes que se olhe para eles como sujeitos portadores de necessidades, e sujeitos, para que se possa então, através de um trabalho terapêutico, promover uma clínica de produção de sentido, conforme as proposições de

SARACENO (1998, p.30)⁹.

(...) a tarefa que tem o serviço de saúde mental é a de ajudar uma pessoa que, em dado momento de sua vida, perdeu a capacidade de gerar sentido. Pode ser que esta incapacidade seja muito material, não poder gerar mais trabalho, não poder gerar relação afetiva com sua esposa, não poder mais gerar relação com seus filhos, não poder mais gerar relações sociais porque está agressivo (...) São várias as formas através da qual o paciente pode perder sua capacidade de produzir sentido. Nesse momento o paciente precisa de ajuda. (SARACENO, 1998, p.30)⁹.

É esta a ajuda que a Terapia Ocupacional vem oferecer aos seus pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENETTON, M.J. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental.** Dissertação (Doutorado em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1994.
2. BENETTON, Maria José. **Trilhas Associativas: Ampliando subsídios metodológicos a Clínica da Terapia Ocupacional.** Campinas, Arte Brasil Editora/ Unisalesiano, 2006, 144p.
3. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Trancar não é tratar – Liberdade: o melhor remédio.** São Paulo, CRP – 6ª região, 1997, 180p.
4. FERRARI, Sonia Maria Leonardi. A-tua-ção da Terapia Ocupacional no Corpo Contido. **Revista do**

Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, ano 7, n.7, p.9-13, 2002.

5. GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo, Ed. Perspectiva, 1961, 312p.

6. GUIMARÃES, J. **Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de Reabilitação Psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP).** Dissertação (Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998. Obtida via Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702001000300004&script=sci_arttex, acesso em 10/12/2006.

7. LEI Nº10.216. Obtida via Internet: <http://www.paulodelgado.com.br/leisaprovadas/lei10219.htm>, acesso em 10/12/2006.

8. MANGIA, Elisabete Ferreira. A trajetória da Terapia Ocupacional da Psiquiatria as novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.11, n.1, p.28-32, 2000.

9. SARACENO, Benedetto. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.9, n.1, p.26-31, 1998.

10. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Ensinando e Aprendendo, obtido via Internet, www.premiomariocovas.sp.gov.br/pesquisa2005/gestao%20de%20Recursos%20Humanos/RH_272.DOC, acesso em 10/12/2006.

11. SILVA, Rosalina Carvalho da. A Falsa Dicotomia Qualitativo – Quantitativo: Paradigmas que Informam

nossas Práticas de Pesquisas. In: ROMANELLI, Geraldo (org.). **Diálogos Metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto, Legis Summa, 1998. p. 159 – 174.

12. VILLARES, Cecília Cruz. Terapia Ocupacional na Esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, Itiro. Et.al. **O Desafio da Esquizofrenia**. São Paulo, Lemos Editorial, 2001. p.183-195.

