

# Relato de caso de um paciente com características psicossomáticas.

Related case of a patient with psychosomatics characteristics

**Tania C. F. S. ROSSETTO**

Aluna de graduação do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos

**Lucy T. AKASHI**

Profa. Dra. do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos

**Adriana S. OLIVEIRA**

Profa. Dra. do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto

## RESUMO

O presente trabalho propõe-se a relatar uma intervenção em terapia ocupacional com um paciente adulto, do sexo masculino, de 42 anos, com um quadro de sintomas que, até então, não permitira um diagnóstico médico conclusivo. Nesta proposta, é realizada uma descrição do processo terapêutico realizado, seu planejamento e resultados alcançados, diante do complexo quadro apresentado pelo paciente; neste processo terapêutico pode ser visualizada a constante busca das características de um indivíduo que parece procurar se esconder atrás do escudo da doença, bem como a preocupação com a totalidade deste paciente que precisa ser abarcada no decorrer dos atendimentos. Esta intervenção terapêutica ocupacional baseou-se, ainda, em uma revisão da literatura sobre a psicossomática, considerando aspectos importantes neste processo, tais como a especificidade da terapia ocupacional, a atividade, a relação terapeuta-paciente e lazer.

**Palavras-chave:** psicossomática, terapia ocupacional, relação terapeuta-paciente, atividade.

## ABSTRACT

The present work proposes to report an intervention in occupational therapy with an adult of the masculine sex, 42 years old patient, and a picture of the symptoms that, until then, didn't allow a conclusive medical diagnosis. This proposal contains a description of the performed therapeutical process, its planning and obtained results, considering the picture of symptoms presented by the patient; this therapeutical process visualizes the constant search of characteristics of an individual that seems to beeing hidden himself behind a shield of the illness, as well as the concern with the totality of this patient, who needed to be understood

throughout the process. This occupational therapeutical intervention was also based on a revision of literature on the psychosomatic aspects, without disregarding other important aspects in this therapeutical process, such as occupational therapy, activity, the therapist-patient relation and leisure time.

**Key words:** psychosomatic, occupational therapy, therapist-patient relationship, activity.

## A PSICOSSOMÁTICA

Apesar de proceder da psicanálise, a psicossomática hoje é considerada uma disciplina em si, cujo campo de interesse se amplia cada vez mais visto que faz emergir e traz elementos novos ao debate sobre a unidade/totalidade do ser humano, ao salientar a unidade e interação entre mente e corpo. Segundo KAPLAN; SADOCK e GREBB (1997)<sup>9</sup>, acredita-se que os fatores psicológicos são importantes no desenvolvimento de todas as doenças, sendo o debate atual voltado para o papel destes fatores na iniciação, progresso, agravamento, exacerbação de uma doença ou predisposição e reação à mesma, bem como sua influência na resposta ao tratamento proposto e administrado; também permanecem controvérsias sobre onde e como a psique e o soma interagem para produzir a doença.

Conforme MARTY (1993)<sup>13</sup>, o substantivo “psicossomático” é considerado recente, surgiu em 1946. Como adjetivo, havia sido empregado por um psiquiatra alemão, no início do século XIX, para caracterizar um tipo de insônia; um século mais tarde, o termo foi retomado para designar uma nova concepção da medicina que inclui fatores psíquicos no determinismo das afecções orgânicas e, assim, abre uma brecha no positivismo redutor que caracterizava a medicina ocidental clássica desde o fim do século XIX.

No final do século XIX, Sigmund Freud, um neurologista vienense, realiza estudos sobre as paralisias, a afasia e a histeria; segundo MARTY

(1993)<sup>13</sup>, é a partir dos trabalhos de Freud sobre a histeria que os problemas do “psicossomatismo” começam a ser reconhecidos. Para Freud, a histeria tratava-se de uma transformação ou conversão de conflitos intrapsíquicos reprimidos no inconsciente em sintomas físicos, sobretudo sensório-motores (anestésias, algias, paralisias, etc), os quais manteriam uma relação simbólica com tais conflitos.

Contudo, a psicossomática ultrapassou, no decorrer do tempo e das pesquisas, o quadro da medicina, da psiquiatria e da psicanálise até o ponto em que, com a criação da Escola de Psicossomática de Paris, a partir da Sociedade Psicanalítica de Paris, a psicossomática adquiriu autonomia e ascendeu ao *status* de disciplina científica.

Na abordagem da psicologia analítica, Jung concebe o psiquismo como um sistema energético relativamente fechado, possuidor de um potencial que permanece o mesmo, em quantidade, através de suas múltiplas manifestações, durante toda a vida de cada indivíduo. Ou seja, no sistema psíquico a quantidade de energia é constante, variando apenas sua distribuição, portanto, se a energia psíquica abandona um de seus investimentos, reaparecerá de outra forma, numa psique em incessante dinamismo. Quando as possibilidades de que dispõe o indivíduo, em suas múltiplas peculiaridades individuais, não são capazes de responder às exigências externas, ou os obstáculos colocam-se de forma muito forte para a pessoa, a energia pode tomar outros caminhos podendo surgir as manifestações somáticas. (SILVEIRA, 1976)<sup>17</sup>.

MARTY (1993)<sup>13</sup> considera os fenômenos psicossomáticos como uma espécie de transbordamento do aparelho psíquico que atinge o aspecto somático. MCDUGALL afirma que, nas afecções psicossomáticas, o dano físico é bem real e resulta de um processo inconsciente, estando ligado “aos fenômenos psicossomáticos tudo aquilo que atinge a saúde ou a integridade física quando os fatores psicológicos desempenham algum papel” (MCDUGALL, 1996, p.22)<sup>14</sup>. Essas eclosões somáticas vão coincidir, na maioria das vezes, com acontecimentos que ultrapassam a capacidade de tolerância habitual desses pacientes, e ocorrem quando não é possível expressar a dificuldade de outra forma, por exemplo, através de palavras.

PEREIRA afirma que existem diferentes formas de um indivíduo se relacionar com a doença, existindo uma doença libertadora que “é vista como uma pausa nas exigências sociais; um descanso, uma interrupção do ritmo diário e das obrigações sociais” (PEREIRA, 1997, p.83)<sup>16</sup>; neste caso, o afastamento traz benefícios ao indivíduo: possibilita atividades intelectuais, permite que ele seja “irresponsável”, transforma esse indivíduo em alguém que precisa ser protegido e respeitado, e autoriza-o a mostrar sua verdadeira personalidade. E, ainda, há o caso da doença ocupação, onde a “inatividade social é suprida pela luta contra a doença; é por estar livre das exigências da vida diária que o indivíduo encontra a energia necessária para lutar contra a doença” (PEREIRA, 1997, p.84)<sup>16</sup>; então, esse indivíduo aceita a doença pois só assim poderá enfrentá-la buscando a cura. Portanto, o indivíduo pode “apoiar-se” em sua doença e assumir, em definitivo, o papel de doente, libertando-se das obrigações que ele sente como opressoras.

Para WYNGAARDEN e SMITH JR. (1982)<sup>19</sup>, os sintomas histéricos devem ser vistos como respostas a experiências desagradáveis e podem ocorrer em quase

todas as pessoas que enfrentam perigos ou dificuldades, especialmente se o desconforto é intenso e prolongado e os sintomas físicos podem proporcionar uma fuga viável. É importante lembrar o papel reservado ao doente em nossa sociedade – os doentes são aliviados de certas obrigações, como o trabalho e a auto-suficiência, na suposição de que a doença é um estado desagradável, de que o paciente é uma vítima e vai fazer tudo que for necessário para livrar-se desta doença. WYNGAARDEN e SMITH JR. (1982)<sup>19</sup>, afirmam que, dentre os sintomas histéricos, os distúrbios motores na forma de movimentos anormais, marcha alterada ou paralisias são ocasionalmente observados, bem como são comuns os distúrbios sensoriais, incluindo perda da sensação em algumas partes do corpo.

Do mesmo modo, MARTY (1986)<sup>13</sup> afirma que os sintomas psicossomáticos decorrem, geralmente, das inadequações do indivíduo às condições de vida que encontra. O autor considera que a perspectiva de adaptação do adulto a suas condições de vida faz com que nele se determinem três domínios essenciais, diferentemente mobilizáveis de acordo com o sujeito e a situação por ele vivenciada: o aparelho somático, o aparelho mental e os comportamentos (relacionados e até submetidos à ordem mental). Quando a capacidade de adaptação do aparelho mental e dos sistemas de comportamento encontram-se ultrapassadas, prejudicadas por uma determinada situação (não interessa a qualidade do acontecimento ou situação vivida, mas a quantidade de desorganização que produz no indivíduo), é o aparelho somático que responde.

## A TERAPIA OCUPACIONAL

A indicação de terapia ocupacional aplica-se à situações com as descritas uma vez que, segundo OLIVEIRA:

*“Uma forma de entendimento da terapia ocupacional é a que supõe o uso da atividade a partir do processo criativo, buscando promover*

*o contato entre os aspectos subjetivos e objetivos da realidade do indivíduo, abrindo-se, a partir daí, espaço para o aparecimento de formas de expressão mais integradoras de sua personalidade.” (OLIVEIRA 2000 p. 99) <sup>15</sup>*

Tratar o outro é relacionar-se, é trocar, é comunicar-se, e para JORGE o encontro terapêutico é uma relação homem-homem, onde a presença de um altera o comportamento do outro, definindo

*“a relação terapeuta-paciente como sendo um encontro que busca reabilitar o homem, quando assim o desejar, primeiro para si, antes que para a sociedade, e que se passa dentro de um espaço próprio, em circunstâncias específicas, sob regras pré-determinadas, com objetivos de prevenir e corrigir(...)” (JORGE, 1989, p.9) <sup>10</sup>*

Conforme ALMEIDA; RUAS e AKASHI, o terapeuta ocupacional utiliza a atividade como recurso terapêutico, e esta constrói uma relação com características próprias, *“possibilitando o surgimento de um espaço em que o ser humano, através da vontade e do seu fazer, potencializa sua mente, seu corpo e sua saúde”*. (ALMEIDA; RUAS e AKASHI (2002) p.6) <sup>2</sup>

De acordo com OLIVEIRA

*“A Terapia Ocupacional utiliza-se de atividades terapêuticas que facilitam a expressão de sentimentos e vivências de situações que possibilitam a percepção de comportamentos, experiências internas estabelecidas pelos pacientes nas relações pessoais e interpessoais nas situações do dia-a-dia. “OLIVEIRA, 2000, p.99) <sup>15</sup>*

A atividade é, ainda, o meio através do qual o ser humano é influenciado em seu desenvolvimento e influencia a realidade a sua volta, pois ela é capaz de trazer o mundo interno para o exterior – explicitar este conteúdo interno para o próprio indivíduo e comunicá-lo para o exterior.

De acordo com OLIVEIRA

*“A atividade deve possibilitar a expressão do mundo interno, estabelecer uma comunicação. A expressão só tem sentido terapêutico se implica uma comunicação, e comunicação sempre inclui um outro. Enquanto o indivíduo estiver mobilizando forças para se comunicar, por meio da expressão não verbal, há a possibilidade de encontro com o outro. A atividade está sempre denunciando algo que não pode ser dito.”*

OLIVEIRA, 2000, p.97) <sup>15</sup>

Sendo assim, a atividade é capaz de comunicar e transformar, possibilitando a geração de uma relação terapêutica ocupacional em que os dois seres envolvidos (terapeuta e paciente) serão modificados de alguma forma. E essa transformação pode significar uma nova forma de relacionar-se com a vida, consigo mesmo, com as ações e com a realidade.

AKASHI (1998)<sup>1</sup>, considera que a atividade permite uma comunicação espontânea ou natural consigo mesmo e com a realidade exterior, integra e expressa conteúdos através do seu produto e do seu fazer; assim, o fazer humano ganha características singulares conforme quem a executa.

Portanto, sendo a relação terapêutica uma relação humana, e não existindo dois indivíduos iguais, não há uma fórmula universal que possa ser empregada com todos os pacientes, mesmo porque, pelo fato dos seres humanos serem diversos, nunca haverá um relacionamento terapêutico igual a outro.

Dessa maneira, a totalidade do indivíduo, que deve ser levada em conta em todo processo terapêutico ocupacional, extrapola os limites individuais e passa a abarcar também a relação estabelecida com o próprio terapeuta e a atividade desenvolvida.

## **O LAZER**

Conforme YURGEL (1983)<sup>20</sup>, a palavra *lazer* tem origem no latim *licere*, que significa ser permitido, isto

é, ser lícito escolher a forma de aproveitar um determinado espaço de tempo.

Então, o lazer poderia ser definido, de um modo geral, como um tempo que sobra para além das obrigações indispensáveis e da satisfação das necessidades vitais, ou seja, um tempo que não é apenas liberado/ livre, ou um tempo de não-trabalho, mas a parcela de tempo da qual se é realmente dono.

“O lazer se caracteriza principalmente por seu sentido de opção individual, de volição, de ‘liberdade de escolha’” (YURGEL, 1983, p.18)<sup>20</sup>; daí ser associado ao prazer, pois as pessoas em geral tendem a escolher o prazer e evitar o sofrimento.

Por outro lado, a revolução industrial, com o trabalho alienante dos operários, fez com que o tempo de trabalho fosse um tempo considerado cada vez mais distante deste prazer. E em paralelo a esse tipo de trabalho, também foi criado um lazer alienante, com sentido de fuga do sofrimento, e longe do significado de prazer e de criação.

YURGEL (1983)<sup>20</sup> ainda afirma que, embora tempo-livre não seja sinônimo de tempo dedicado ao lazer, é no contorno deste tempo-livre que o homem exerce atividades que considera como seu lazer.

Para DE MASI e PALIERI (2000)<sup>7</sup>, é ainda durante o chamado tempo-livre, nos momentos de ócio, que a criatividade pode aflorar, gerando soluções inovadoras para os problemas enfrentados pelas pessoas em suas vidas. O tempo-livre seria, segundo os mesmos autores, aquele que permite dar sentido às coisas de todo dia, em geral lindas, sempre iguais e diversas, e que ficam depreciadas pelo uso cotidiano.

## O CASO DE “S”

### O PACIENTE

“S” tem 42 anos, é do sexo masculino, advogado, casado e uma filha de 7 anos de idade. Além do casal e da filha, reside na casa a mãe de “S”.

O paciente foi atendido na UENAPES \_unidade de ensino e pesquisa em terapia ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, enquanto a aluna responsável e a professora supervisora realizavam as atividades relativas à disciplina curricular de Terapia Ocupacional Aplicada Adulto-Velhice 2. Ele havia feito terapia ocupacional e fisioterapia anteriormente, e no momento queria continuar a fazer terapia ocupacional. O primeiro contato com o paciente foi realizado através da anamnese, onde pode-se confirmar alguns dados já existentes no prontuário, bem como obter informações novas sobre o caso. Em síntese: os sintomas do paciente tiveram início há cerca de 7 anos (em 1995), quando sentiu algo no pé direito que descreveu como uma sensação de ossos quebrados, embora não houvesse dor, sendo que, em seguida, este pé começou a enrijecer dificultando os movimentos. “S” procurou um médico, fez um tratamento para ácido úrico, descrito pelo paciente como uma dieta, sentiu-se bem novamente; após certo tempo, os sintomas voltaram, mas “S” não deu importância a eles.

Em agosto de 2000, cinco anos após o surgimento dos primeiros sintomas, “S” procurou um médico neurologista, pois o enrijecimento estava ocorrendo na porção direita de suas costas. A partir de então, o paciente realizou inúmeros exames, em busca de um diagnóstico, tais como: Ressonância Magnética da coluna vertebral, Tomografia do Sistema Nervoso Central, Ressonância Magnética da coluna cervical, eletroneuromiografia, hemogramas, dentre outros. Foi detectada a ausência do cerebelo no lado esquerdo (Tomografia do Sistema Nervoso Central), sem relação com os sintomas e uma protusão das vértebras C6 e C7, com estrangulamento da medula (Ressonância Magnética da coluna cervical), também sem relação com os sintomas, segundo os médicos

Houve um agravamento nos sintomas em setembro de 2001, então, “S” parou de trabalhar; em janeiro de 2002,

“S” sentiu uma piora no equilíbrio e começou a utilizar o andador.

As principais queixas de “S”, quando chegou para os atendimentos, foram: articulações rígidas, principalmente no joelho direito, dificuldades com a musculatura interna da coxa direita (afirmou sentir dor quando realiza movimentos bruscos), dificuldades para andar e equilibrar-se, dificuldades para sentar e levantar. O paciente descreveu uma espécie de círculo de sintomas: ele esforça-se para andar, sente o enrijecimento da musculatura (principalmente do membro inferior direito) e, continuando a movimentar-se, sente uma dor que o leva à limitação do movimento, então, é obrigado a parar para descansar um pouco, sendo que ao recomeçar, tudo se repete. Não considera a possibilidade de seu problema ser psicológico e relatou ter se irritado quando ouviu comentários a respeito.

Quanto às atividades realizadas, “S” gosta de ler (menos romances), dizendo possuir alguns livros de auto-ajuda, mas alterna dias de leitura com dias sem leitura, sendo que passa os dias predominantemente sentado e, quanto à profissão, acompanha alguns processos ainda pendentes e orienta amigos que o procuram com dúvidas. Leituras relacionadas com a profissão não estão incluídas em suas atividades, pois diz saber praticamente tudo sobre o assunto, lendo somente as novidades que surgem.

Além da terapia ocupacional, “S” não realiza nenhum outro tratamento em fisioterapia ou psicologia, por exemplo. Atualmente vem sendo acompanhado por médicos do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto/SP.

“S” aparenta mais idade do que possui, fala fluentemente e demonstra inteligência. Apesar de afirmar que gostaria de voltar a trabalhar, não demonstra muito interesse por assuntos ligados à sua profissão, e não propõe alternativas que possam permitir sua volta ao trabalho, para a qual vê apenas obstáculos.

A falta de diagnóstico é entendida por “S” como uma espécie de agravante, pois torna-o incapaz de vislumbrar uma solução. Seu desejo é praticar exercícios que o ajudem a melhorar seu quadro; durante toda a conversa ele enfatizou os sintomas atuais, esperando um direcionamento do tratamento para estes. Nesta anamnese, o paciente manteve o foco na doença, relutando em falar de sua história de vida.

## O COMEÇO

O início é sempre algo difícil, os problemas que chegam parecem tão amplos e o conhecimento sobre os mesmos tão mínimos para que se possa propor qualquer coisa; mas é preciso começar por algum lugar, então, optou-se por conhecer um pouco mais este paciente e o enfoque adotado pelo tratamento precedente em terapia ocupacional de exercícios, alongamentos, movimentações passiva, auto-massagem.

Foi realizado um teste de sensibilidade (conforme TROMBLY, 1989)<sup>18</sup>, tanto em membros superiores (MMSS) quanto em membros inferiores (MMII), através do qual foi possível verificar uma alteração na região externa da perna direita (que seria classificada como dermatomo relacionado a L2/L3, segundo TROMBLY, 1989<sup>18</sup> e/ou KOTTKE, STILLWELL e LEHMANN, 1984<sup>12</sup>), descrita pelo paciente como um amortecimento da sensação.

Foi solicitado ao paciente que demonstrasse os exercícios que realizava nos atendimentos anteriores de terapia ocupacional. Eram exercícios de respiração associados a alongamentos de MMSS, a fim de relaxar essa região tão solicitada para apoio e uso do andador, alongamentos e movimentação passiva de MMII, auto-massagem nos pés com bolinha de tênis.

Dessa forma, partiu-se dos exercícios já realizados pelo paciente, aos quais começou-se a acrescentar elementos novos, principalmente alongamentos (ANDERSON, 1980)<sup>4</sup>, e orientações quanto à postura, indo ao encontro

da expectativa do paciente frente a um tratamento em terapia ocupacional.

Além disso, foram simuladas algumas Atividades da Vida Diária (AVDs) e, durante estas simulações, avaliadas as dificuldades e capacidades, formas de movimentação e posturas adotadas. Segundo “S”, o andador não atrapalha sua locomoção pela casa; o paciente demonstrou boa independência nas AVDs, mas foi possível verificar a necessidade de algumas adaptações simples para incrementar esta independência e aumentar a segurança do paciente, como por exemplo: um gancho que facilitasse a preensão de objetos do chão; uma adaptação para o andador, a fim de que “S” pudesse carregar objetos maiores ou um copo d’água; e uma adaptação para elevar a altura da cama, a fim de facilitar o sentar/levantar da mesma.

O foco do paciente na doença, entretanto, era algo que intrigava a terapeuta; diante disto, começou-se a solicitar a “S” que, enquanto eram realizados os exercícios, ele contasse um pouco de sua história de vida. Esta foi a forma encontrada para começar a mudar o foco dos atendimentos, da doença desconhecida para a pessoa que era preciso conhecer.

O paciente falou um pouco de sua vida nesta tentativa, sem muita profundidade, talvez por tratar-se de um primeiro contato, talvez por não desejar lembrar muitas coisas, ou ainda, porque seu interesse estava voltado para os sinais e sintomas de sua doença.

## **O DESENVOLVIMENTO DOS ATENDIMENTOS**

Foi dado prosseguimento à realização dos exercícios e da conversa, passou-se a trabalhar mais com MMII, explorando a movimentação destes, realizando: alongamentos lentos a fim de relaxar a musculatura (segundo a orientação presente em BASMAJIAN, 1980)<sup>5</sup> e evitar/minimizar encurtamentos, seguidos de movimentação passiva assistida com o objetivo de

trabalhar a amplitude dos movimentos. Alguns exercícios foram acrescentados, visando a movimentação da parte média e baixa da coluna, o relaxamento dos músculos que ficam longo tempo contraídos na postura sentada, a ativação da circulação nos MMII, o trabalho com a musculatura abdominal e glúteos, músculos estes pouco utilizados na postura sentada (conforme COURY (1995)<sup>6</sup>.

Também começaram a ser propostas atividades lúdicas (jogar boliche com os pés, chutar bola, etc) e alongamentos com o paciente em pé, a fim de possibilitar um trabalho com a musculatura anti-gravitacionária, manutenção da postura em pé, equilíbrio e transferências de peso. E, ainda mantendo a postura em pé, as adaptações começaram a ser discutidas e desenhadas em conjunto com o paciente. Tais adaptações não deveriam ter um caráter definitivo, já que o quadro de “S” não estava definido.

Cada atividade proporcionava nova avaliação/reavaliação do paciente, de suas posturas e movimentações. Procurou-se sempre deixar claro para o paciente o que se pretendia trabalhar com cada exercício/atividade, a fim de engajá-lo em seu próprio processo terapêutico.

Dessa forma, o “bate-papo” aparentemente sem compromisso, as atividades mais descontraídas, as decisões tomadas em conjunto foram construindo um vínculo terapeuta-paciente que começou a permitir a “S” falar um pouco sobre seus sentimentos em relação à sua situação atual e às incertezas que a mesma provoca; ao mesmo tempo, o espaço dado ao paciente nos atendimentos de terapia ocupacional, aliado a uma constante solicitação de participação de “S”, foi garantindo a adesão e levando-o a se responsabilizar pelo próprio tratamento.

## **CONTINUANDO**

O foco já começava a ser desviado da doença. Aos poucos, os alongamentos e a movimentação passiva

assistida passaram a ocupar menos tempo nas sessões, com a adoção do trabalho nas diagonais (conforme orienta KNOTT-VOSS, 1974)<sup>11</sup>: flexão, adução e rotação externa de quadris (com joelhos estendidos) Û extensão, abdução e rotação interna de quadris (com joelhos fletidos); flexão, abdução e rotação interna de quadris (joelhos estendidos) Û extensão, adução e rotação externa de quadris (joelhos fletidos); essa movimentação foi realizada nos MMII, acrescentando alongamentos e movimentação passiva assistida também para os pés, com o paciente sentado.

Em pé, foi proposto então um jogo no qual o jogador lança o dado; cada número corresponde a um item de uma lista, sobre o qual ele deve falar/contar algo (1-lazer/ 2-família/ 3-trabalho/ 4-livre escolha/ 5-AVDs/ 6-amigos); antes de falar o paciente escolhe uma carta, onde está indicada a época de sua vida que deve focalizar para falar; depois de ter falado/contado, o paciente deve escolher uma cor que represente a época/fato e pintar uma faixa num papel disposto na parede à sua frente. O papel representa a linha da vida de “S” e o objetivo do jogo é construir um “arco-íris” com as cores que representam as épocas/fatos marcantes. Este jogo será denominado “Jogo do arco-íris.”

Além de trabalhar com a musculatura anti-gravitacional, manutenção da postura em pé, equilíbrio, transferência de peso, movimentação de MMSS, esta atividade visava alterar o foco dos atendimentos, saindo da queixa para enfocar o indivíduo, sua história de vida e, assim, obter mais informações sobre este aspecto. O paciente gostou do jogo, disse que o fez relaxar.

Esta atividade foi realizada em quatro atendimentos, ocupando cerca de 30 minutos em cada um deles, após uma conversa inicial e o trabalho com as diagonais. Foi possível obter informações fundamentais sobre a história do paciente, proporcionando a este a possibilidade de uma reflexão sobre sua história de vida, como por exemplo: a comparação da própria vida com

um lazer constante; o entusiasmo do início da carreira, em contraponto com a posterior piora da clientela (pessoas que não pagavam, etc) e a necessidade de trabalhar mais para manter o mesmo padrão de vida; o fato da esposa administrar o dinheiro de “S”, ao que se acrescenta o fato de “S” não dirigir automóvel atualmente, sendo a esposa responsável também por levá-lo aos locais necessários; a tradição familiar de morar junto com os ascendentes, o que o leva a morar até hoje com a mãe; o fato de ser o filho caçula, com grande diferença de idade em relação aos irmãos, o que o torna quase um filho único, o que acabou levando-o a ser responsável pela mãe idosa.

Foi solicitado ao paciente que fizesse em casa um caderno de anotações diárias em que ele deveria colocar as atividades realizadas no dia, observações sobre o próprio dia (temperatura, etc), e seu estado, com o objetivo de acompanhar e conhecer sua rotina diária de atividades e seu estado geral.

Houve uma pausa nos atendimentos devido ao recesso de final de ano, com duração de duas semanas consecutivas. “S” retornou relatando uma piora, que aconteceu após um mal-estar - o mesmo tipo de mal-estar que o acompanhou quando os sintomas iniciaram e que acontece quando tais sintomas pioram. Afirmou sentir-se frustrado, pois estava melhorando bastante, tendo acrescentado que um dia antes do mal-estar tinha até ido a uma pizzaria com a família, para comemorar a formatura de sua filha. Esta piora é relatada como uma maior lentidão nos movimentos, dificuldades para iniciar movimentos como o de levantar da cadeira, dores nos ossos do corpo todo e MMSS menos capazes de movimentos amplos.

O caderno de anotações trazido por “S” continha um cotidiano que girava em torno da doença.

A melhora que “S” vinha adquirindo pode ter funcionado como algo que começou a impulsionar o paciente para assumir novamente alguns aspectos de



sua vida, o que pode ter se tornado especialmente incômodo ou assustador com a solicitação de uma antiga cliente que precisava de seus serviços de advogado e com o momento vivido de final/início de ano, caracterizado como momento que sempre traz uma expectativa de renovação, uma necessidade de pensar novos fazeres, novos planos para o ano vindouro. Quando se começa a vislumbrar uma possibilidade de abertura para o mundo, qualquer ameaça gera um novo recolhimento; a piora parece vir comandada por um processo inconsciente que, novamente, “salva” o paciente das exigências do mundo entendido talvez como hostil.

### O FIM?

O caso de “S” explicita a importância de uma intervenção da terapia ocupacional, onde a totalidade do indivíduo precisa ser abordada, uma vez que os papéis sociais e as ações do cotidiano da pessoa estão comprometidas. Tanto o corpo como suas ações manifestam que talvez algo do emocional não esteja bem administrado e organizado.

Para OLIVEIRA:

*“A manipulação de materiais e a vivência concreta, na terapia ocupacional, fazem com que o paciente tenha ação e possa, de forma adequada e protegida, perceber seus sentimentos e necessidades, especialmente seus mecanismos de defesa, pois nessa situação pode ‘fazer’ e ‘desfazer’ coisas, transformando e criando, algumas vezes até a partir da destruição. Isso faz com que o paciente possa tomar contato, então, com seu comportamento, entenda seu pensamento, o que o leva à abstração, caminhando no sentido de facilitar seu processo terapêutico. Além de adquirir abertura na compreensão de outros comportamentos de suas relações e experiências no dia-a-dia grupal e individual.” (OLIVEIRA, 2000, p.100)<sup>15</sup>*

O processo vivido por “S” vai tornando claro o papel dos mecanismos psíquicos na determinação do quadro físico observado; por outro lado, não tratar os sintomas físicos poderia significar um agravamento dos mesmos por atrofias e encurtamentos musculares. Além do que, a queixa trazida é de ordem física e real para o paciente que a sente. Ouvi-lo e partir de seu referencial é uma questão de respeito ao ser humano, e como diz MCDUGALL (1996)<sup>14</sup> o dano físico é real.

Neste momento, foi proposta a atividade do “relógio”; se o “jogo do arco-íris” havia permitido uma reflexão sobre a história de vida do paciente, era preciso trazer essa reflexão para o cotidiano, arrematando o caminho percorrido até aqui: foi escolhido um papel grande para trabalhar movimentos amplos dos MMSS, as tintas e pincéis foram dispostos em alturas e posições variadas, trabalhando diversas movimentações e transferências de peso; o principal objetivo, no entanto, era refletir sobre o cotidiano e voltar o foco dos atendimentos, cada vez mais, para as atividades, para o fazer, desviando-o do não-fazer que a doença parece representar.

O “relógio” ficou constituído por 14 horas de descanso, incluindo cerca de 6 horas de sono; 7 horas de lazer (assistir televisão, ficar com a filha, fazer palavras cruzadas, ler, etc; os atendimentos de terapia ocupacional são considerados lazer, pois representam uma atividade diferente na rotina do paciente); 2 horas de alimentação; e 1 hora de auto-cuidados (higiene pessoal, alongamentos, etc); trabalho e locomoção não foram incluídos pelo paciente no “relógio”, pois ele afirma que são atividades que ocupam um tempo insignificante.

Durante esta atividade, “S” começou a lembrar que gostava de cozinhar. Até então, embora frequentemente questionado sobre atividades preferidas, ele nunca havia mencionado tal fato, e afirmou ainda que gostaria de aprender a desenhar. Os desenhos feitos durante os atendimentos, para representar as adaptações, podem ter ajudado a despertar esse desejo.

Também foi solicitado ao paciente o preenchimento de 6 pequenos “relógios”, um por dia, como um complemento do caderno de anotações realizado, e a leitura de um texto (ALVES, Rubem. Sobre violinos e rabecas. In: Concerto para corpo e alma. Campinas, Papirus, 1998). Estes “relógios” menores foram preenchidos de forma exatamente igual ao “relógio” realizado nos atendimentos; quanto ao texto, procurou-se ressaltar, durante a discussão realizada com o paciente, a capacidade de pessoas que vivem limitações buscarem alternativas para o seu fazer e, através delas, superarem algumas destas limitações.

Em um dos últimos atendimentos programados, “S” contou que estava pretendendo auxiliar sua irmã em um empreendimento, procurando o local e fazendo contatos telefônicos, tarefa que aprecia pois gosta muito de conversar. Parece que realmente começa a surgir uma alternativa, possível por apresentar-se menos agressiva e comprometedora.

Percebe-se que os resultados foram muito sutis, apenas um passo em direção à possibilidade de novamente desejar, reconstruir o cotidiano, buscar alternativas, mas uma intervenção com este tipo de paciente precisa desta sutileza e de muito mais tempo para que conquistas maiores sejam possíveis. Por isso, este não é o fim, mas apenas o começo de um longo caminho a percorrer dentro da terapia ocupacional...

## DISCUSSÕES FINAIS

“S” adoeceu e, segundo ele, a única coisa que mudou foi o fato de abandonar o trabalho, o que não o abalou tanto pois não era o principal aspecto de sua vida; sugere-se que a doença garantiu a “S” uma possibilidade de deixar um trabalho que já não provocava tanto entusiasmo, num momento em que essa atitude não poderia ser aceita se acontecesse de outra maneira pois “S” tinha uma filha e era responsável pelo sustento da família, que incluía a mãe idosa.

Conforme OLIVEIRA:

*“A existência da saúde física e mental está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras, pois é produzida dentro de sociedades que possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio e interpessoal. É, antes, resultante do conjunto da experiência social, individualizada em cada sentir e vivenciada num corpo que é também biológico.”* (OLIVEIRA, 2000, p.101)<sup>15</sup>

Os diversos exames realizados por “S” detectaram algumas alterações, como a falta de parte do cerebelo e a protusão em vértebras cervicais, mas nenhuma destas alterações foram suficientes para os médicos explicarem o quadro apresentado pelo paciente.

O paciente “S” não considera a possibilidade de seu problema ser psicológico e demonstra, em suas falas, que julga problemas psicológicos como de menor importância pois são abstratos demais para ele; há, ainda, o fato de “S” vir apresentando pequenas erupções cutâneas, que aparecem e desaparecem espontaneamente, como uma espécie de alergia.

GUGGENBÜHL-CRAIG (1983)<sup>8</sup> afirma ser freqüente, em alguns paciente, pequenas melhoras e pioras, pois são pessoas que não querem tornar-se sãs, já que a invalidez é a possibilidade de vida que encontraram. O mesmo autor atenta para o fato de que a invalidez pode tornar a presença deste indivíduo prazerosa, pois ele faz o outro, com quem convive, sentir-se prestativo e útil; da mesma forma, o autor ainda lembra que uma *“pessoa com o sentimento de vida inválido será sempre dependente de uma pessoa com um sentimento de vida forte e saudável”* (GUGGENBÜHL-CRAIG, 1983, p.102)<sup>8</sup>; este tipo de relação lembra muito aquela vivida por “S” e sua esposa.

O quadro apresentado por “S” é um processo sendo necessário considerar que “quanto mais queremos curar a todos que estejam crônica, neurótica ou psicossomaticamente doentes, tanto mais essas pessoas, (...), devem se defender desesperadamente” (GUGGENBÜHL-CRAIG, 1983, p.104)<sup>8</sup>. Entretanto, estando em processo terapêutico, não se pode assumir a atitude de omissão diante do quadro apresentado, é preciso encontrar um equilíbrio, buscando uma intervenção que não se constitua numa agressão.

Ora, se o trabalho vinha se tornando desestimulante e a liberdade de escolha quanto ao uso do próprio tempo reduzia-se paulatinamente, a doença pode ter surgido como uma forma de dar um sentido novo a um dia-a-dia que não conseguia mais trazer satisfação, numa espécie de resgate do poder sobre o próprio tempo, uma recuperação da possibilidade de escolher as atividades a serem desempenhadas.

Contudo, no caso de “S”, se o tempo-livre ou o lazer foi conquistado, não aconteceu uma reconstrução suficiente deste cotidiano, e a possibilidade de desejar continuava adormecida. O lazer neste caso, parece ser mais fuga do que necessariamente prazer, desejo e criação. Parece mais um nada fazer do que fazer nada. Desse modo, as atividades desenvolvidas no contexto da terapia ocupacional procuraram atuar como instrumentos, na mão deste paciente, de reorganização da ordem interna, a partir de reflexões sobre a história de vida passada e o cotidiano atual; tais atividades permitiram um ver-se e rever-se, uma busca e um enfrentamento de si mesmo, daquilo que as palavras não podem dizer ainda.

E como diz OLIVEIRA:

*“Neste momento pode-se traduzir de várias formas para o indivíduo a leitura do que acontece. Aponta-se algo que se repete na atividade, algo que é novo e que ainda não havia surgido, sugere-se que se olhe suas atividades*

*como se olhássemos uma experiência vivida por meio de fotografias.” (OLIVEIRA, 2000, p.97-8)15*

E deste processo surgiu a possibilidade de novamente desejar.

É preciso lembrar, no entanto, que o tempo e o trabalhar-se poderá confirmar essa possibilidade e permitir a verificação de quantos desejos irão despertar realmente em “S” a capacidade de combater e vencer em prol de si mesmo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AKASHI, L. T. *Construindo-se como terapeuta ocupacional: da “pré-história” das concepções sobre o deficiente à possibilidade de ressignificação da deficiência*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1998.
2. ALMEIDA, I. S.; RUAS, T. C. B.; AKASHI, L. T. O sentido da tríade para alguns alunos da Terapia Ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v.10, n.1, 2002.
3. ALVES, R. *Concerto para corpo e alma*. Campinas, Papirus, 1998.
4. ANDERSON, B. *Alongue-se*. São Paulo, Summus, 1980.
5. BASMAJIAN, J. V. *Terapêutica por exercícios*. São Paulo, Manole, 1980.
6. COURY, H. G. *Trabalhando sentado: manual para posturas confortáveis*. São Carlos, EDUFSCar, 1995.
7. DE MASI, D.; PALIERI, M. S. *O ócio criativo*. Rio de Janeiro, Sextante, 2000.

8. GUGGENBÜHL-CRAIG, A. O arquétipo do inválido e os limites da cura. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica*, n.1, p.97-106, 1983.
9. KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
10. JORGE, R. C. *A relação terapeuta-paciente (notas introdutórias)*. Belo Horizonte, Imprensa Universitária – Universidade Federal de Minas Gerais, 1989.
11. KNOTT-VOSS. *Facilitación neuromuscular propioceptiva: padrones y tecnicas*. Argentina, Editorial Médica Panamericana, 1974.
12. KOTTKE, F. J.; STILLWELL, G. K.; LEHMANN, J. F. *Krusen: tratado de medicina física e reabilitação*. São Paulo, Manole, 1984.
13. MARTY, P. *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1993.
14. MCDUGALL, J. *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
15. OLIVEIRA, A. S. *Crenças e afetos relacionados a algumas condições para qualidade de vida e insuficiência renal crônica (IRC): subsídios para uma abordagem psico-social*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2000.
16. PEREIRA, D. B. A incorporação da deficiência física pelos pacientes com seqüela de acidente vascular cerebral: um estudo de caso sobre a reconstrução da identidade. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, v.6, n.2, 1997.
17. SILVEIRA, N. *Jung: vida e obra*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
18. TROMBLY, C. A. *Terapia ocupacional para a disfunção física*. São Paulo, Editora Santos, 1989.
19. WYNGAARDEN, J.B.; SMITH JR., L.H. *Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb*. Rio de Janeiro, Guanabara, 1982.
20. YURGEL, M. *Urbanismo e lazer*. São Paulo, Nobel, 1983.