

≡ EDITORIAL

≡ ARTIGOS

Na Articulação entre o "Falar" e o "Fazer" a Construção da Historicidade na Psicose

Maria José Benetton

Algumas Notas sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na Assistência Psiquiátrica

Paulo D. C. Amarante

Saúde: Um Campo Transdisciplinar?

Mary Jane Paris Spink

A Dança, o Trabalho Corporal e a Apropriação de Si Mesmo

Eliane Dias Castro

O Atendimento Interdisciplinar a Pessoas Portadoras de Deficiência Mental: Uma Perspectiva Sócio Interacionista

Marysia M. R. Prado; Débora F. N. Rico

Incidência de Amputação de Membro Inferior, Unilateral: Análise de Prontuários

Caromano, Fátima A.; Castelucci, Patrícia; Lebre, Luciana P. M.; Takahashi, Sandra Y.; Tanaka, Clarice

≡ DIVULGANDO PROJETOS E EXPERIÊNCIAS

Centro de Atenção Psicossocial: A Metamorfose como Estratégia

Jonas Melman

Um Espaço de Pintura

Cláudia Cristina Pulchinelli; Fernando Carlos Santaella Megale; Simone Granado Alonso

Aspectos da Intervenção de Terapia Ocupacional no Ambulatório de Ginecologia de Adolescentes

Jaqueline Maria Domingues

≡ PONTO DE VISTA

A Cidadania dos Velhos

Cilene Swain Canôas

REVISTA DE

*Terapia
Ocupacional*

DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA USP

CONSELHO EDITORIAL

- Prof.^a Dra. Eda T. de Oliveira Tassara (*Instituto de Psicologia da USP*)
- Prof.^a Dra. Maria Luiza Guillaumon Emmel (*Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*)
- Prof. Dr. Ruy Laurenti (*Faculdade de Saúde Pública da USP*)
- Carmem Teresa Costa Souza (*Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais*)
- Maria José Benetton (*Terapeuta Ocupacional da Escola Paulista de Medicina*)
- Rosely Esquerdo Lopes (*Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*)

CORPO EDITORIAL

- Prof.^a Dra. Maria Auxiliadora C. Ferrari (*Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP*)
- Denise Dias Barros (*Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP*)

- Elisabete Ferreira Mângia (*Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP*)
- Iracema Serrat Vergotti Ferrigno (*Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP*)

Secretária: Eddy Marília Gozzani

Normalização: Nadja Maria Mattos Rezende (FMUSP)

Indexação: Maria Aparecida de Lourdes Castro Santos (FMUSP)

Edição de Arte e Diagramação: Fulvia Zonaro

Edição: Lemos Editorial e Gráficos Ltda. - Rua Silvia, 416 - Bela Vista - São Paulo-SP - Fones: (011) 283-5689 e 283-4009.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Prof. Dr. Roberto Leal Lobo e Silva Filho

Vice-Reitor: Prof. Dr. Ruy Laurenti.

FACULDADE DE MEDICINA

Prof. Dr. Adib Domingos Jatene

FICHA CATALOGRÁFICA

Revista de Terapia Ocupacional da USP./ [publicação do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo].

Vol.1, nº 1 (1990) - Semestral

ISSN (documentos em transação)

1. Terapia Ocupacional / periódicos

I. Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

CORRESPONDÊNCIA

Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP

Rua Cipotânea, 51 — Cidade Universitária "Armando Salles de Oliveira" — São Paulo, SP — CEP 05508-900

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo é uma publicação semestral do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, é indexada no Index Medicus Latino Americano — IMLA.

Sumário

EDITORIAL

ARTIGOS

| | |
|---|----|
| Na articulação entre o "falar" e o "fazer": A construção da historicidade da psicose | |
| Maria José Benetton | 4 |
| Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica | |
| Paulo Duarte de Carvalho Amarante | 8 |
| Saúde: um campo transdisciplinar? | |
| Mary Jane Paris Spink | 17 |
| A dança, o trabalho corporal e a apropriação de si mesmo | |
| Eliane Dias de Castro | 24 |
| O atendimento interdisciplinar a pessoas portadoras de deficiência mental: uma perspectiva sócio interacionista. | |
| Marysia Mara Rociques do Prado; Débora F.N.Rico | 33 |
| A incidência de amputação de membro inferior, unilateral, análise de prontuários. | |
| Fátima A.Caromano; Patrícia Castelucci; Luciana P.M.Lebre; Sandra Y. Takahashi e Clarice Tanaka | 44 |

DIVULGANDO PROJETOS E EXPERIÊNCIAS

| | |
|--|----|
| Centro de atenção Psicossocial: a metamorfose como estratégia. | |
| Jonas Melman | 54 |
| Um espaço de pintura | |
| Claudia Cristina Pulchinelli, Fernando Carlos Santaella Megale, Simone Granado Alonso | 60 |
| Aspectos da intervenção de Terapia Ocupacional no ambulatório de ginecologia de adolescentes. | |
| Jaqueline Maria Domingues | 65 |

PONTO DE VISTA

| | |
|-------------------------------|----|
| A cidadania dos velhos | |
| Cilene Swain Canôas | 72 |

| | |
|----------------------|----|
| RESENHA | 75 |
|----------------------|----|

| | |
|---------------------------|----|
| DISSERTAÇÕES | 78 |
|---------------------------|----|

| | |
|--|----|
| ÍNDICE DE AUTOR DO VOLUME 3 | 80 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| ÍNDICE DE ASSUNTO DO VOLUME 3 | 81 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| KEY WORDS INDEX TO VOLUME 3 | 83 |
|--|----|

Contents

EDITORIAL

ARTICLES

- The constitution of historicity in psychosis through Occupational therapy.**
Maria José Benetton 4
- Notes on the complexity of modernity and the transformation of psychiatric care.**
Paulo Duarte de Carvalho Amarante 8
- Health: crossdisciplinary field?**
Mary Jane Paris Spink 17
- Dance, body work's and self appropriation**
Eliane Dias de Castro 24
- Interdisciplinary care of the mentally handicapped: a social interactional perspective.**
Marysia Mara Rodrigues do Prado; Debora F.N. Rico 33
- Incidence of lower limb amputation, one sided, medical history analysis.**
Fatima A. Caromano; Patricia Castelucci; Luciana P.M. Lebre;
Sandra Y. Takahashi; Clarice Tanaka. 44

DIVULGING PROJECTS AND EXPERIENCIES

- Psychosocial attention center: Metamorphosis a strategy.**
Jonas Melman 54
- Picture's space.**
Cláudia Cristina Pulchinelli; Fernando Carlos Santaella Megale;
Simone Granado Alonso. 60
- Elements of occupational therapy directed to gynecology clinics for the adolescents.**
Jaqueline Maria Domingues 65

POINT OF VIEW

- The citizenship of the old people.**
Cilene Swain Canôas 72

REPORTS 75

DISSERTATIONS 78

AUTHOR INDEX TO VOLUME 3 80

SUBJECTS INDEX TO VOLUME 3 81

KEY WORDS INDEX TO VOLUME 3 83

Editorial

É com grande satisfação que apresentamos aos leitores o volume 3, da REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Assumimos que tem sido muito difícil superar a tantos obstáculos que uma publicação como essa enfrenta no dia a dia. Acreditamos contudo que, a necessidade da persistência em mantermos a mesma é mais forte que qualquer obstáculo, uma vez que esta publicação representa um importante instrumento de reflexão e intercâmbio para o campo da Terapia Ocupacional.

Os artigos aqui apresentados apontam para novas formas de pensar e fazer as práticas profissionais cotidianas.

A reflexão sobre a saúde, a saúde mental em transformação e a problemática do idoso fazem pano de fundo para a apresentação de experiências em áreas específicas: a clínicas das psicoses, a deficiência mental, o trabalho corporal e o trabalho grupal.

São também apresentados, um artigo sobre amputação em membros inferiores, resenhas e dissertações recentemente defendidas.

Queremos manter diálogo permanente com o leitor como garantia da possibilidade de veicular de forma eficaz conteúdos relevantes no campo da terapia ocupacional.

Assim, gostaríamos de conhecer melhor as idéias e os trabalhos do leitor, queremos juntos discutir. Sua opinião é importante. Colabore conosco enviando artigos, resenhas, projetos e ou experiências.

Ampliar o universo de conhecimentos em terapia ocupacional é o nosso objetivo.

CONSELHO EDITORIAL

Artigos

NA ARTICULAÇÃO ENTRE O "FALAR" E O "FAZER" A CONSTRUÇÃO DA HISTORICIDADE NA PSICOSE*

Maria José Benetton**

BENETTON, M.J. Na articulação entre o "falar" e o "fazer". A construção da historicidade na psicose. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):4-7, Jan./Dez, 1992.

RESUMO

A constituição da historicidade para o paciente com psicose, está diretamente articulada ao desenvolvimento da comunicação a partir do poder fazer-se compreender. Trata-se aqui, do antes da recuperação da história de um indivíduo por ele mesmo; da instauração de um diálogo através daquilo que o terapeuta pode receber e perceber como informação através da ação e da atividade do paciente. Concomitante ao "fazer", existe um "falar", por meio de uma linguagem sintomaticamente denominada de dissociada. Essas duas formas de mostrar-se podem ser consideradas pelo terapeuta como informações, por força da comunicação unilateral com que se nos apresentam. Essas informações são parte do acervo histórico do paciente, que por uma legislação interna própria, escolhe as passagens a serem conhecidas e avaliadas. Recuperá-las e armazená-las é procedimento técnico do terapeuta. Nessa mesma técnica a articulação das informações aparentes no "fazer" e no "falar", exigem do terapeuta uma enorme reflexão para a escolha de condutas que propiciem engates entre elas. Este será, então, o espaço virtual para a historicidade que desencadeará o diálogo entre paciente e terapeuta.

DESCRIPTORIOS

Terapia Ocupacional, métodos. Distúrbios psicóticos, psicologia. Psicanálise, tendências.

Cenas de um drama

■ *O cenário - 6ª feira - 15*

O gravador está ligado para que o paciente dite um romance - uma atividade como outra qualquer, desenvolvida no "setting" da terapia ocupacional.

■ *A cena de ontem - 3ª feira - 12*

Na sessão anterior o paciente perguntou-me se eu sonhava. Disse-lhe que sim; durante o sono. Retrucou-me dizendo que não era desse sonho que estava falando, mas, daquele que se sonha acordado, como quando se é criança. (Aliás, muitas vezes ele

* Este artigo é baseado no capítulo: BENETTON, Maria José. informações e comunicação no tratamento de pacientes esquizofrênicos. In: Oswaldo Frota Pessoa, org. **Atualização em Esquizofrenia** (Título provisório) [no prelo]

** Coordenadora do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional S.P., Terapeuta Ocupacional do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica, Escola Paulista de Medicina.
Endereço: Maria José Benetton - Rua Botucatu, 740 - CEP 04023-062 - São Paulo, SP

se diz uma criança, ainda que tendo trinta e seis anos). Sua fala depois é um relato do seu "sonhar acordado" (sic-paciente); como o sonho da criança que brinca com os amigos invisíveis.

Ele está delirando, tônica do seu monólogo, são os encontros, as conversas e o que pode ou não fazer com esses amigos. Estes, na maior parte das vezes são os que determinam sua conduta e comportamento.

Ao final da sessão tento encontrar uma brecha para misturar-me entre seus "personagens-amigos". Sugiro gravarmos seus sonhos para transformá-los em histórias. Ele não me responde e vai saindo da sala. Quando está na porta, onde acompanho-o, pergunta-me se vou trazer a fita cassete.

■ *A abertura do 1º ato -*

6ª feira - 15

De início coloco sobre a mesa o gravador. Acoplo-o à tomada e testo a fita no "gravando". O paciente pergunta-me se vou gravar. Digo que sim. Enquanto rebobino a fita ele diz que vai escrever um romance.

Nesse "setting" sempre povoado de muitos personagens estão postos os dois atores: P - paciente e T - terapeuta.

P - Eu queria arrumar uma amante, agora.

T - Sim, e como vai fazer isso?

P - Eu prometi para a natureza, na floresta, que eu só sairia com essas quatro. É a G, só falo as iniciais do nome do pai, é G., V., B., Z.

T - Pode contar a história delas, não precisa dizer seus nomes.

P - Não vou falar delas. É que quero arrumar uma nova. Não quero falar dessas. Eu conheci uma nova.

T - Então, fale dela.

P - O pai trabalha na C.K..

T - E como você a conheceu? Alguém a apresentou?

P - Não, eu conheci assim mesmo, no papo.

T - Onde você a conheceu?

P - Conhecendo.

P - Ela foi para "Ubachuva". Acho que o pai dela é general. Quero um café, vou buscar.

■ *A montagem do encenador*

Neste drama, o paciente, autor - personagem - ator, constroi uma fala. Será entretanto que pode ser chamada de diálogo? Talvez uma conversa. Um palavreado que vai de um lado a outro sem definir uma posição.

Se, entretanto, pensamos no ato teatral há uma certa aproximação. Um colóquio dramático contextualizado na ação da peça; um gênero particular de diálogo entre atores; a comunicação que extrapõe-se ao palco, habitando o imaginário do Teatro.

No princípio da ação dramática há a busca de "uma amante", que é sustentada em cena por menos de cinco minutos. Da promessa à natureza, poder-se-ia ter a promessa da floresta como gênese de vida; como espaço amoroso para o encontro do desejo.

Mas, não! A esperança se dissipa nas letras que não formam palavras frustrando toda possibilidade de construção contextualizada na linguagem. Fala, onde letras e palavras podem ser comparadas a notas musicais dedilhadas ao acaso, provocando sons desagradáveis aos ouvidos.

Estamos frente a frente ao maior obstáculo para a terapia do paciente psicótico. E, dele, François Perrier diz: "É justamente a dimensão da historicidade que falta ao esquizofrênico. É o que o condena a inseparabilidade do sentido e do sensível, puxando-o de um lado ao outro e ao mesmo tempo e

por isso mesmo, mantendo-o no estancamento inafetivo da sua existência e no impulso alienante das identificações dissolventes".(PERRIER, 1958: 429)¹.

Na volta do café, o assunto já era outro. Não porque se pudesse perceber alguma diferença na fala, mas porque cerca de trinta minutos mais tarde, quando o paciente percebe que o gravador está ligado, chama minha atenção, apontando para o gravador admirado e irritado comigo por tê-lo deixado ligado.

Desligo-o então, pois já há algum tempo não estava acontecendo a atividade de gravar histórias para se escrever um romance. Entretanto, até hoje, em cada sessão de terapia ocupacional, entre outras, é mantido o espaço para essa atividade. Desencadeada sempre pelo paciente, ampliou-se podendo ser também, de apenas contar, de escrever, de ditar e algumas poucas vezes de desenhar ou representar histórias.

■ *O diretor em cena*

Retomo o momento em que o terapeuta sofre o estancamento diante da linguagem verbal do paciente psicótico. Trabalhando na transferência o terapeuta mobiliza-se através do seu próprio sentir e assim sustenta tecnicamente essa relação. Entretanto, a questão é a escolha do caminho a seguir para tornar-se ativo nesse processo terapêutico. Muitos psicoterapeutas e psicanalistas priorizam a linguagem verbal tanto como instrumento para análise como para internalização. Outros e principalmente os terapeutas ocupacionais, a não verbal.

Aqui, os procedimentos técnicos vão em busca de estabelecer uma "ligadura" entre o "fazer" e o "falar", antes mesmo de analisar ou intervir através de uma ou outra forma de linguagem. Trata-se de ocupar o espaço Winnicottiano, entre "o de dentro" e "o de fora" (WINNICOTT, 1975)². Busca-se encontrar uma forma de linguagem *naquilo*

que uma fala pode conter de fios que permitam costurar-se à uma ação e vice-versa. O terapeuta também, no lugar do "entre", costura essas informações, ainda retalhos de história, criando para cada tema um espaço delimitado.

Desse lugar, que mais se parece ao limbo, não se espera, então, que rapidamente se possa qualificar as informações, fazer ligações e estabelecer assim a "**COMUNICAÇÃO**" com o paciente. A evidente unilateralidade dos longos relatos, dos assuntos cortados e recortados, assim como das ações além de tudo sistematicamente repetidas, ocupam a maioria dos espaços da vida de um psicótico. Quase não há trocas, e sempre somos apenas receptáculos de informações. Mas, é exatamente esse acervo informativo que permitirá ao terapeuta abrir uma porta para sair do limbo.

Quando o paciente informou-me que "sonhava acordado", não foram os conteúdos desse sonho que me atraíram. Foi sim, a própria atividade "sonhar acordado", tão inútil na vida de quem só faz isso. O arsenal de informações acumulado, permitia-me, naquele momento, introduzir a palavra história. No diálogo em questão, solicito que conte-me a história das namoradas. Procurando não provocar susto, dou um passo para frente. Assim, os sonhos começaram a transformar-se em histórias, de tal forma a despregar-se do próprio corpo do paciente e nessa parte ser "o de fora". O sonhar acordado passa ocupar o espaço "entre".

Para que assim se mantenha e permita que por aí continue, o relato de histórias tomou a forma de uma atividade regular nas sessões de terapia ocupacional. É essa continuidade que cria a possibilidade de abrir e caminhar por trilhas associativas.

A peculiaridade da linguagem estabelecida nesse procedimento, permite dizer da criação de um código secreto para a comunicação entre paciente e terapeuta. Uma lin-

guagem muito particular instituída nessa e para essa relação; fio condutor significativa para atuação dos dois atores. Na bilateralidade desse diálogo instituído, processa-se a discriminação do autor, do personagem e do ator, no tempo de uma sessão de terapia. Por

eu lado, o encenador, como que dirigindo-se em oposição, para dentro, cava espaços para incluir-se na história, podendo assim, mantê-la em continuidade, e ao mesmo tempo vivo, como o fez Sherazade.

BENETTON, M.J. The constitution of historicity in psychosis through occupational therapy. Rev. Ter. Ocup. USP, 3(1/2): Jan/Dez., 1992.

ABSTRACT

The constitution of historicity for the psychotic patient is closely connected to the development of communication that results from the ability of making oneself understood. The concern here is the period before the reconstitution of the personal history by the individual himself, it is rather the establishment of a dialogue that emerges from the therapist's perception and understanding of what is information in the patient's action and activity. There is not only activity but also speech expressed by a language - symptomatically known as disconnected - that can be technically considered by the therapist as information. These pieces of information constitute the historical file of the patient who by his own inner law system decides which parts should be chosen and examined. Recovering and storing them is a technical procedure that regards the therapist. In this same technique, the articulation of the information present in the activity and in the speech requires a great reflection from the therapist in order to be able to choose procedures that enable connections between one piece of information and another. Consequently, this will be the initial space of historicity that will enable the emergence of the dialogue between therapist and patient.

KEY WORDS

Occupational Therapy, methods. Psychotic disorders, psychology. Psychoanalysis, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PERRIER, F. "Evolucion Psychiatry", (2):421-444, 1958.
2. WINNICOTT, P.H. "O brincar e a realidade". Rio de Janeiro, Imago, 1975. 205 p.

Recebido para publicação em: 03/12/91

Aceito para publicação em: 23/01/92

ALGUMAS NOTAS SOBRE A COMPLEXIDADE DA LOUCURA E AS TRANSFORMAÇÕES NA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Paulo D.C. Amarante*

AMARANTE, P.D.C. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. *Rev. Ter. Ocup. USP*. 3(1/2):8-16, jan/dez., 1992.

RESUMO

Partindo da reconstrução histórica da trajetória institucional e conceitual de Franco Basaglia e de seus colaboradores, especificamente quanto a determinados conceitos chaves (loucura, doença mental, psiquiatria, desinstitucionalização), o artigo propõe que se pense a obra desta tradição no contexto não apenas de um processo singular de transformações radicais no campo da psiquiatria, mas como uma obra que transcende as fronteiras epistemológicas da saúde mental. A hipótese que aqui se esboça é a de que esta radicalidade é possível na medida em que o projeto crítico de Franco Basaglia inscreve-se num empreendimento muito mais amplo de reflexões sobre a natureza e a função das ciências, dos saberes e dos técnicos, que vem sendo concebido no âmbito da filosofia das ciências e na noção de complexidade.

DESCRITORES

Saúde Mental, tendências. Psiquiatria Social, tendências. Desinstitucionalização, tendências.

A ciência expressa nossas interrogações frente a um mundo mais complexo e mais inesperado do que poderia imaginar a ciência clássica. Tivemos, pois, que abandonar a tranquila quietude de já ter decifrado o mundo.

(Ilya Prigogine)

Introdução

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana** tem em Franco Basaglia sua maior expressão, a partir de sua experiência como Diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia de 61 a 68, onde lidera um trabalho orientado inicialmente pelos modelos da *comunidade terapêutica* e da *psicoterapia institucional francesa* (SLAVICH, 1989)¹⁷. O trabalho nesta instituição torna-se-lhe evidente que o

* Professor- Coordenador do Curso de Especialização em Psiquiatria Social, Pesquisador do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde- NUPES. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.
Endereço: Paulo D. C. Amarante - Rua Macedo Sobrinho, 46A - apto 101 - CEP 22271-000 - Rio de Janeiro, RJ

** Para efeito deste texto estamos considerando como psiquiatria italiana tão somente o conjunto de práticas e saberes produzidos a partir da experiência de Franco Basaglia, inicialmente em Gorizia e, posteriormente, em Trieste.

hospital psiquiátrico é um lugar de segregação, de violência e morte e que, portanto, deve ser combatido, negado e superado, e questionadas as suas finalidades no contexto mais geral das instituições sociais (BASAGLIA, 1985)². Em Gorizia a função do hospital psiquiátrico é então discutida com a comunidade de internos e técnicos e com as lideranças políticas da cidade. As principais questões abordadas por Basaglia e sua equipe neste trabalho são: a) a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça e a necessidade de ordem pública; b) a origem de classe das pessoas internadas, e; c) a não neutralidade das ciências (BARROS, 1990)².

Com a crise instaurada na instituição, os técnicos propõem ao poder político local o fechamento do Hospital e a consequente abertura de centros externos de saúde mental como espaços assistenciais substitutivos ao modelo centrado no asilamento. Não sendo aceita a proposta, os técnicos optam por dar alta coletiva e, em seguida, demitem-se em massa !* .

De 71 em diante, após um ano nos Estados Unidos, como professor visitante e alguns meses em Parma, Basaglia passa a dirigir o Hospital Psiquiátrico Provincial, em Trieste, perfeitamente consciente da impossibilidade de *reformatar* o manicômio, e com maior clareza quanto aos problemas e limitações decorrentes do seu simples fechamento. Instala-se a partir de então um projeto mais sólido e consistente de desinstitucionalização, onde o ponto fundamental torna-se o que passará a ser definido como a *desconstrução do aparato manicomial*. Assim é que, uma vez constatado que o hospital psiquiátrico existe para sequestrar, invalidar e mortificar, dá-se por iniciada uma lenta trajetória de um singular processo de desconstrução dos saberes e práticas constituintes e constituídas pela instituição psiquiátrica que, como veremos, têm impor-

tância não apenas na construção de um projeto alternativo ao da medicina mental, mas com significado para todo o campo das ciências e dos saberes contemporâneos.

Este processo iniciado por Basaglia tem grande influência no Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que se constitui na segunda metade da década de 70, organizado principalmente em torno e a partir das comissões de saúde mental dos núcleos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em sua origem o MTSM, assim como o Movimento Sanitário, inscrevem-se no âmbito da luta mais geral pela redemocratização nacional, quando tomam o cenário político as lutas contra o regime militar, refletidas na reorganização sindical, político-partidária e demais entidades representativas da sociedade civil, na luta pela anistia, pela liberdade de imprensa, pelos direitos de cidadania, pelas eleições diretas, dentre outras. No contexto destas lutas a problemática da Saúde assume importância singular ao servir para denunciar o caráter impopular e autoritário do exercício estatal em suas políticas sociais. Esta importância permanece até os dias atuais, em parte pela natureza mesma do objeto Saúde, que em si mesmo tem um enorme apelo social, em parte pela competência com que os Movimentos Sanitário e da Saúde Mental desempenham seus papéis.

Por intermédio das denúncias realizadas originalmente pelo MTSM a sociedade brasileira toma consciência de que se faz com os "doentes mentais" o mesmo que a ditadura militar fazia com os presos políticos e, *mutatis mutandis*, com o conjunto da população, num processo semelhante ao de certos países europeus durante o pós-guerra, onde a indignação com a situação dos hospícios fez lembrar os campos de concentração nazistas e a repressão política, e inspirou projetos de reforma da assistência psiquiátrica pública.

* A este respeito ver Barros, D. D. A desinstitucionalização italiana: experiência de Trieste, 1990².

Nos primórdios do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira contemporânea a questão reduz-se fundamentalmente ao aspecto político da luta contra o autoritarismo. Em consequência, acredita-se que à política de saúde mental e aos hospitais psiquiátricos faltam apenas decisões corretas, maiores investimentos, humanização e higiene. As vindas de Franco Basaglia ao Brasil, a partir de 75, no auge do processo de transformação da psiquiatria italiana*, contribuem para que o movimento brasileiro ultrapasse esta etapa inicial dedicada principalmente às denúncias e às reivindicações de melhorias nas políticas de saúde mental. É o marco da passagem de uma fase que centrava-se na mera reivindicação de melhorias "técnicas" na assistência, para uma etapa onde predominam as críticas éticas à natureza do saber e da prática da instituição psiquiátrica, dando início ao que viria a ser o momento, ainda em curso, da predominância da luta anti-manicomial.

O interesse despertado pelo movimento da psiquiatria italiana, e um de seus mais expressivos atores, o da Psiquiatria Democrática, criada em Bolonha em 1973 (PSICHIATRIA DEMOCRÁTICA, 1974)¹³, decorre do fato de que esta tem sido uma das principais ordens de reflexão a informar tanto as críticas quanto os projetos práticos-assistenciais do Movimento no Brasil** e, mais ainda agora, com a questão do Projeto de Lei 08/91-C, o projeto Paulo Delgado, que prescreve a extinção progressiva dos manicômios em todo o território nacional, que tem franca inspiração na "Lei Basaglia". Apesar do amplo debate que circunda este projeto de lei, é necessário um aprofundamento no estudo sobre a psiquiatria italiana, inclusive para poder discerní-la das demais

propostas de reformas psiquiátricas levadas a cabo em épocas distintas principalmente na Inglaterra, EUA e França.

Apesar da grande influência da psiquiatria italiana no início do Movimento no Brasil, as referências a ela vão-se tornando, contraditoriamente, mais escassas, talvez como estratégia para minimizar as resistências aos projetos de transformação, resistências estas que são sempre maiores e agudas quando trata-se de combater Basaglia e a experiência italiana. No entanto, mais recentemente, e à medida em que o percurso estratégico definido pelo Movimento depara com algumas questões insolúveis e com alguns fracassos, principalmente com a estagnação do processo em algumas das principais instituições eleitas para as reformas, são retomadas não apenas as propostas políticas mais primitivas existentes em sua origem, mas também propostas de cunho prático-teórico que operam uma reaproximação daquilo que tem sido o projeto proposto por Franco Basaglia.

Este movimento, que muitas vezes é entendido, equivocadamente, como sendo parte do movimento da Anti-psiquiatria, nos moldes formulados por Laing e Cooper, embora seja importante esta influência sob alguns aspectos, ou mesmo como uma simples e ingênua rejeição da instituição psiquiátrica e da existência da doença mental, traz-nos, na verdade, questões cruciais sobre o saber e a técnica psiquiátricas, que se inscrevem num contexto mais amplo de questionamento e reformulação do valor e da aplicabilidade dos saberes, que se situa no campo da filosofia das ciências.

Nesta linha de raciocínio tenho como objetivo principal neste texto identificar e analisar alguns aspectos da trajetória teórica

* O Hospital Provincial de Trieste é fechado em 1976. Dois anos após é aprovada a Lei 180 que, inspirada na experiência de Franco Basaglia, operou a mais profunda transformação na assistência psiquiátrica pública universal

** Muito embora a análise destas práticas venha a demonstrar o que Vera PORTOCARRERO¹¹ denomina de "bricolagem", isto é uma superposição de diferentes correntes e projetos, que vão desde a psiquiatria clássica até esta, italiana, passando pelo preventivismo norte-americano, a comunidade terapêutica inglesa e a psiquiatria de setor francesa.

da psiquiatria italiana e de suas práticas *inovadoras*, à luz dos projetos crítico-constructivistas que se têm desenvolvido em torno dos campos da inter e transdisciplinaridade e da atitude que se tem denominado de *complexidade*.

Não pretendo, com isso, dar a impressão de que os autores da psiquiatria italiana, aos quais me refiro, tenham tido o mesmo objetivo ou propósito mas, isto sim, propor algumas reflexões, à luz da complexidade, sobre a inovação teórica deste movimento iniciado por Franco Basaglia e continuado por tantos outros, dentre os quais Rotelli, Slavich, Dell'Acqua, De Leonardis, Mauri, para ficar em apenas alguns, e que inaugura um processo inédito de ruptura tanto com os modelos psiquiátricos clássicos, quanto com os projetos de reforma (psiquiatria preventiva, de setor, comunitária, etc).

Procuramos assim demarcar como algumas das questões desenvolvidas por esta prática psiquiátrica, a exemplo da crítica à neutralidade da ciência e à eficácia da própria ciência, ou ao questionamento da ação dos seus operadores, ou ainda da invenção-recuperação da complexidade do fenômeno loucura, são questões que têm tido importância nuclear nos projetos de um pensamento multidimensional.

Cumpramos, desde já, assinalar que o ressurgimento da importância da psiquiatria italiana como forte referencial na construção de serviços e esquemas de reflexão no seio do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem sido acompanhado de inúmeras críticas ao próprio modelo italiano, e ao caráter alienígena e inadequado desta corrente européia para a realidade nacional. Cumpramos, portanto, esclarecer que a psiquiatria italiana, em sua prática posteriormente denominada por Franco Rotelli de *inovadora*, não ameaça, na verdade, por pretender

ser universal nem modelar mas, precisamente, por questionar a pretensa universalidade e o pretense científico da Psiquiatria e por desmascarar o manto da suposta neutralidade que julgam-na "científica". Vimos, no entanto, que desde a época de Gorizia, Basaglia realiza a crítica à cientificidade da psiquiatria, tal como apresentada por inúmeros autores, dentre eles Goffman e Foucault, dentre outros, e faz desta crítica não uma reflexão acadêmica, mas o núcleo de um projeto de *invenção* de novas formas de cuidados em assistência psiquiátrica.

A Reinvenção da Loucura Enquanto Fenômeno Complexo

Pode-se proclamar a boa saúde mental de Van Gogh, que durante toda a sua vida somente assou uma das mãos e, além disto, não passou de cortar a orelha esquerda. (ARTAUD, 1977)¹.

Nos seminários apresentados no Colégio Internacional de Estudos Filosóficos Interdisciplinares, no Rio de Janeiro, em outubro de 1989, (STENGERS, 1990)¹⁸ refere-se ao sonho de Lichtenberg. Este químico, físico, escritor, crítico literário do século XVIII relata, em forma de parábola, um sonho onde um Ser sobrenatural oferece-lhe uma bola para que a analise, o que o faz lançando mão de todas as possibilidades existentes nas ciências de então: sopra e fricciona, esquentando e esfria a bola, enfim, submete-a a todos os testes físicos e químicos imagináveis em sua época. Recebendo os resultados das pesquisas o Ser dirige-se a Lichtenberg censurando-o: "Voce sabe o que analisou, mortal? Esta bola era o globo terrestre". A seguir o Ser demonstra-lhe como que, com as operações de pesquisa e analise ele suprimiu tudo o que na terra há de interessante, de singular. Pela interpreta-

* Nos referimos aqui a "científicos" no sentido de desvelamento de uma verdade universal. FEYERBEND (1989:31)⁷, por exemplo, alerta para o fato de que certas pessoas consideram até a psiquiatria como uma ciência e que, portanto, reproduzem-na como uma verdade inquestionável.

ção exclusivamente científica a terra fôra reduzida a um composto mineral qualquer. Lichtenberg, jurando tomar todas as precauções possíveis, pede uma nova chance, que lhe é concedida. Desta vez o Ser sobrenatural oferece-lhe um saco pedindo que analise quimicamente o que encontrar dentro dele. "Lichtenberg abre o saco e cai de joelhos para pedir perdão, enquanto químico, por sua arrogância. Dentro do saco há um livro, e ele sabe que poderá analisá-lo sem que, evidentemente, a análise química lhe permita dizer o que quer que seja de interessante" (STENGERS, 1990:152)¹⁸.

Esta parábola faz lembrar outra história que lí ou ouví (ou teria sido também um sonho?), não sei exatamente quando, ou onde. Relata que após uma conferência de Einstein uma certa pessoa insiste para que explique o que é a Música para a Física. Einstein dirige-se ao quadro negro e, após desenhar um pentagrama e uma clave de Sol, imprime-lhe uma sequência de notas: sol, sol, sol, mi bemol. Em seguida explica a frequência de cada uma delas, o intervalo entre umas e outras, e as demais características acústicas das notas em questão. Finalmente, ante a perplexidade do arguinte, pergunta-lhe: "entende agora o que é a Música?" As notas em questão, dispostas da maneira apresentada, não são nada menos que a Sinfonia No 5, em Dó Menor, Opus 57, mais conhecida com a *Quinta* de Beethoven. A música, reduzida a fenômenos meramente físicos, nada mais é que uma sequência de tons, intervalos e amplitudes. É preciso ouví-la, sentí-la, integrar-se afetiva e emocionalmente a ela.

Assim é que para STENGERS(1990)¹⁸ o primeiro uso da *complexidade* é exatamente o de resgatar a singularidade da operação que foi ocultada pelo conceito, como ocorre regularmente nas ciências experimentais. Este ocultamento do fenômeno loucura ocorre no processo de constituição da psiquiatria a partir de Pinel, pelo *isolamento* dos loucos numa instituição asilar, ou ainda pelo *afastamento* dos diferentes tipos

de comportamentos e sinais observados, agrupando-os em diferentes espaços (CASTEL, 1978)⁴. É o que demonstra FOUCAULT(1972)⁸, a partir da *História da Loucura*, quando o discurso médico, representando a imposição da razão sobre a desrazão, torna-se hegemônico, e de certo modo exclusivo sobre o fenômeno, invalidando outros saberes sobre o mesmo objeto, sejam eles literários, artísticos, filosóficos, metafísicos ou, simplesmente, produtos do senso-comum. Na visão de CASTORIADIS (1987:158)⁴

"o homem é um animal louco que, por meio de sua loucura, inventou a razão. Sendo um animal louco, ele naturalmente fez dessa sua invenção - a razão - o instrumento e a expressão mais metódica de sua loucura. Isso nós podemos saber agora, mas apenas porque ela foi inventada".

A objetividade não é a qualidade de um conhecimento que adequar-se-ia ao real, mas a explicitação do fato que todo conhecimento é uma construção histórico-social, com suas pertinências, interesses, finalidades. Assim é que a *complexidade* é uma questão que se coloca contemporaneamente em várias ordens de discursos no campo da filosofia, ou da política ou ainda da natureza e do papel das ciências, e que apresenta algumas dificuldades, tais como a de não ter um estatuto epistemológico definido ou de não poder ser conceituada em caráter definitivo, uma vez que a própria definição daria fim à própria complexidade. Neste sentido é que, para SCHRAM¹⁶, não existe um *paradigma da complexidade*. Estou utilizando aqui uma definição funcional da complexidade, isto é, como uma atitude dos saberes em procurar lidar com os objetos do conhecimento de forma completa, não compartimentalizada, com o objetivo de buscar compreender não as partes do objeto, mas a sua globalidade, a sua total complexidade.

Assim, pode-se considerar que a complexidade surge como uma tentativa de resistência e superação a um certo obscuran-

tismo produzido pela "especialização" dos saberes e pela dominação do conhecimento científico, de certo modo predominantemente positivista, na explicação do real. Sob esta ótica, uma vez apropriada pelo conceito, a operação do conhecimento científico como atualmente ocorre, passa a ter a funcionalidade de uma *testemunha fidedigna* (STENGERS, 1990)¹⁸, a funcionalidade de um validador dos conceitos construídos.

A loucura, uma vez apropriada com exclusividade e totalidade pelo discurso médico, considerada simplificada e integralmente como doença mental, perde a pluralidade das dimensões que a constituem como fenômeno cultural, social, antropológico, político, artístico, literário ou, de tantos outros que possam ainda existir, já que as mesmas ciências nos intimidam a perceber outras dimensões.

Para o projeto de desinstitucionalização do modelo médico-psiquiátrico, a trajetória da psiquiatria italiana pauta-se precisamente nesta desconstrução e na crítica ao pretensão científicismo da Psiquiatria. Assim, a hipótese fundamental construída por Basaglia é a de que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a "doença", da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos legislativos, científicos, administrativos, de códigos de referência cultural, de relações de poder, todos referidos à doença (ROTELLI¹⁴, 1988; NICÁCIO¹⁰, 1989).

Para DERRIDA (1990:76-7)⁵ a desconstrução

"é um gesto a um só tempo estruturalista e anti-estruturalista: desmonta-se uma edificação, um artefato, para fazer aparecer as estruturas, as nervuras ou o esqueleto (...). A desconstrução enquanto tal não se reduz nem a um método (redução ao simples) nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica, da própria idéia crítica. É por isso que não é negativa, ainda que muitas vezes, apesar de tantas preocu-

pações, a tenham interpretado assim. Para mim, ela acompanha sempre uma exigência afirmativa; diria até que ela não acontece jamais sem amor..."

Daí que negação da instituição referia-se não à sua rejeição pura e simples mas, exatamente, à negação deste conjunto de aparatos, o que caracteriza para ROTELLI (1990:89)¹⁴ a introdução de uma verdadeira ruptura epistemológica no conhecimento da loucura. Deste modo, a desinstitucionalização é um processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para a construção de um novo objeto, não mais estático, não mais universal, não mais externo e totalizante sobre os homens, mas empenhado na invenção da complexidade do fenômeno-objeto, de cada objeto-loucura singular, de cada existência global e complexa.

Eis, então, que o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização é a ruptura do paradigma fundante destas instituições, o paradigma clínico: "O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado" (ROTELLI, 1990:90-1)¹⁴.

Têm-se denominado a este processo de reconstrução da complexidade e de rompimento com a exclusividade do conhecimento psiquiátrico sobre a loucura, com a consequente incorporação de um sem número de outras formas de conhecimentos e práticas que dizem respeito ao mesmo objeto, de *des-territorialização do saber*, pois indica um movimento que rompe as fronteiras que um único saber delimita em torno do objeto loucura.

Os Operadores das Práticas da Saúde Mental

Sob este aspecto, a trajetória da psiquiatria italiana coloca em evidência que a verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria é um processo social complexo (o que não é a mesma coisa que complexidade),

que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições (ROTELLI, 1990)¹⁴. Passamos assim, ao que, para STENGERS (1990)¹⁸ nada mais é que o segundo uso da complexidade: pôr em cena e problematizar a posição daquele que coloca as questões nas ciências.

Entre aqueles que lidam com as ciências sociais é *lugar-comum* o reconhecimento da natureza político-ideológica dos saberes e das práticas ditas científicas, e a recusa a aceitar a impressão que as próprias ciências pretendem dar, de que se desenvolvem de maneira autônoma, descompromissada, independente do contexto econômico, social e político. Mesmo aqueles considerados mais conservadores aceitam essa assertiva, embora possam negá-la em caráter circunstancial para preservarem seus interesses, o que é muito comum no meio psiquiátrico já que a psiquiatria e o manicômio não têm servido apenas à ordem disciplinar, normativa, mas a outros interesses: o projeto social da psiquiatria não está voltado exclusivamente para o controle das massas desviantes, das populações marginalizadas, e todo este tipo de coisas que nos foram demonstradas por Foucault, Rosen, Castel, Goffman, dentre outros. Ao longo da história foram-se organizando novos interesses, agora controlados não exclusivamente pela ação direta do Estado, tais como os dos aparelhos de repressão (tanto nos regimes autoritários, quanto em muitos dos ditos democráticos) mas, também, através da indústria farmacêutica, ou ainda da rede privada de assistência psiquiátrica, ou da *indústria da loucura*, assim conhecida por produzir mais (obviamente) violências e iatrogenias sobre as pessoas do que condições de "tratamento".

Alguns psiquiatras e demais trabalhadores em saúde mental insistem em negar os papéis e as funções políticas e ideológicas de suas práticas e saberes, argumentando que o que ocorre é apenas o bom ou o mau uso da ciência*. A "medicina", no entanto, é para eles, sempre ideológica e politicamente neutra.

Assim é que para a atitude da complexidade é mister questionar as relações entre ciências e poder, no momento em que se dá conta de que a impressão de as ciências terem uma identidade é, em si mesma, um efeito de poder, assim como é um efeito de poder a aceitação do fato de as ciências serem uma construção neutra e descompromissada da verdade.

Das Novas Práticas Psiquiátricas

Uma questão sem dúvida original e singular trazida pela prática inovadora da psiquiatria é a do uso dos conceitos de tratamento e de cura. Retornando a Stengers, vemos como que, para esta autora, a contribuição atualmente apresentada pela complexidade é essencialmente prática:

"A complexidade não é, então, nem nova visão do mundo, nem novo tipo de teoria, mesmo se ela implica novas visões dos saberes, e se refere a teorias. A questão da complexidade é prática: ela se coloca quando um novo encontro empírico (...) impõe um novo questionamento do poder atribuído a um conceito e atualiza uma dimensão da interrogação prática que tal conceito ocultava." (STENGERS, 1989:171-2)¹⁸.

* É curioso observar como é bastante usual no meio *psi* a utilização de expressões diagnósticas para a agressão pessoal entre uns e outros. Normalmente os *psis* agredem-se mutuamente, ou a terceiros, utilizando-se não do vocabulário habitual, mas do psiquiátrico: fulano é psicopata, beltrano é paranóico, sicrano é neurótico.

Vemos, neste sentido, que este movimento psiquiátrico italiano, ao colocar em xeque toda a relação racional positivista de causa-efeito, existente na psiquiatria clássica, e mesmo em alguns dos projetos de reforma, que lidam com o objeto "doença mental", como entidade externa que acomete às pessoas como parasitas ou como devir endógeno-constitucional, mas sim com o objeto existência-sofrimento em sua relação com o corpo social, o problema deixa de ser a cura, a reparação, a reabilitação, a adaptação, e assim por diante. O problema passa a ser a emancipação, isto é, a reprodução social das pessoas, que Rotelli considera como um processo de singularização e ressingularização (ROTELLI, 1990:91-2)¹⁴.

Assim é, pois, que "a complexidade do objeto implica não análise, mas projetos; projetos de transformação somente através dos quais é possível obter conhecimento. Estes projetos (a invenção e seus resultados cognitivos) devem considerar contemporaneamente o universo das instituições e as particularidades singulares dos indivíduos que chegam aos serviços" (ROTELLI, 1990:95-6)¹⁴. Enfim, "terapeuticidade (então) é a intencionalidade dos serviços que são intermediários materiais, capazes de colocar em movimento trocas materiais, capazes de colocar em movimento trocas sociais bloqueadas, de recolher e valorizar, deslocando-os, desinstitucionalizando-os por paradoxo, os sintomas, os símbolos, os sentidos plurais do paciente. Aceitar este desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência, não reduzindo o sujeito à doença ou à comunicação perturbada ou e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social" (ROTELLI, 1990:95-6)¹⁴.

Em outra versão do mesmo texto, (ROTELLI 1988:67)¹⁵ propõe ainda, sobre a atividade terapêutica na instituição inventada, que esta "passa, então, a se dar com a utilização dos serviços como elementos intermediários capazes de recolocar em movimento os intercâmbios sociais bloqueados, de recolher e valorizar, através de seu deslocamento e, paradoxalmente, de sua desinstitucionalização, os sintomas, os símbolos e os múltiplos sentidos do paciente. É necessário aceitar o desafio da complexidade e da multiplicidade da existência. E, para tanto, não se pode reduzir o sujeito à doença, ao distúrbio de comunicação ou simplesmente a um pobre coitado, nem automatizar o corpo ou o psíquico, mas somente reinscrevê-lo no corpo social".

O projeto da prática inovadora em psiquiatria representa em parte um retorno ao fato empírico, que foi obscurecido pelos conceitos e pelos procedimentos técnicos e institucionais padronizados, sem ser um empiricismo. É a re-invenção de que cada fato empírico é um universo em si, é ao mesmo tempo a totalidade e a singularidade. Daí a rejeição a aceitar simples fórmulas de definição das diferenças de comportamento, a recusa a aceitar modelos de rotulação diagnóstica (que pouca coisa significam para a compreensão do sofrimento ou mesmo para a condução de "tratamentos"). Com a loucura, ou melhor dizendo, com as loucuras, passa-se a lidar de maneira não pré-determinada, superando a relação imposta exclusivamente pelo modelo médico, que reduz a loucura à doença e o louco ao doente, possibilitando assim um painel enorme de outras possibilidades.

ABSTRACT

The theoretical and institutional trajectory of Franco Basaglia and his collaborators is reconstructed historically, with particular emphasis on key concepts such as madness, mental illness, psychiatry and deinstitutionalization.

It is proposed this school of thought should be considered not only in the context of a distinctive process of radical transformation in the field of psychiatry, but also as work which transcends the traditional epistemological frontiers of mental health. It is hypothesized that this radical departure was possible because Franco Basaglia's critical project was part of a broader process of reflection on the nature and function of the sciences, of knowledge, and of technicians, which is taking place in the field of philosophy of science and of the notion of complexity.

KEY WORDS

Mental Health, trends. Social psychiatry, trends. Deinstitutionalization, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARTAUD, A. *Van Gogh: "o suicidado pela sociedade"*. Versus, (9): 34-40, 1977..
2. BARROS, D.D. *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste*. São Paulo, 1990. Dissertação (mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
3. BASAGLIA, F. et. al. *A instituição negada*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
4. CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro Graal, 1978.
5. CASTORIADIS, C. *As encruzilhadas do labirinto-2 - Os domínios do homem*. São Paulo. Paz e Terra, 1987.
6. DERRIDA, J. *Filosofias - In: Entrevistas do Le Monde*. São Paulo, Ática, SP, 1990.
7. FEYERABEND, P. *Idéias contemporâneas - In: Entrevistas do Le Monde*. São Paulo. Ática, 1989, p. 26-32.
8. FOUCAULT, M. *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1972.
9. MORIN, E. *O paradigma perdido : a natureza humana*. Lisboa, Europa-América, 1985.
10. NICÁCIO, F. *"Da instituição negada à instituição inventada"*. In: Saúdeloucura 1. São Paulo, Hucitec, 1989. p. 91-108
11. PORTOCARRERO, V. *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Rio de Janeiro, 1990. Tese (doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
12. PRIGOGINE, I. *Idéias contemporâneas - In: Entrevistas do Le Monde*. São Paulo, Ática, 1989, p. 51-59.
13. PSICHIATRIA DEMOCRÁTICA. In: Congresso Nazionale di Psichiatria Democratica, 1º. *Gorizia, [s. d.] - Relazioni e Interventi*. Padova, Ed. CURC, 1974.
14. ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo, HUCITEC, 1990.
15. ROTELLI, F. "L'Istituzione Inventata". *Per la Salute Mentale/For Mental Health*. Trieste, 1(1): 63-70. 1988.
16. SCHRAMM, R. F. *Algumas notas sobre a complexidade*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1991, (mimeografado).
17. SLAVICH, A. O papel da psiquiatria democrática no contexto da psiquiatria institucional italiana. *J. Bras. Psiquiatr.* 38(1):23-6, 1989.
18. STENGERS, I. Da complexidade: outras histórias para as ciências. In: *Quem tem medo da ciência, ciências e poderes*. São Paulo, Siciliano, 1990. p.145-72.

Recebido para publicação em: 20/10/91

Acertos para publicação em: 15/12/91

SAÚDE: UM CAMPO TRANSDISCIPLINAR?

Mary Jane Paris Spink*

SPINK, M.J.P. Saúde: um campo transdisciplinar? *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):17-23 jan/dez., 1992.

RESUMO

O artigo tem por objetivo discutir a integração da atuação dos diversos profissionais da área da saúde como estratégia de superação da fragmentação resultante da compartimentalização do conhecimento em disciplinas estanques. Partindo da caracterização do paradigma clássico de Ciência inaugurado com o racionalismo, examina as implicações de sua adoção em duas perspectivas complementares: a fragmentação dos "saberes" como estratégia de poder; e a fragmentação dos "fazer" como defesa dos espaços de atuação. Finalmente são discutidos os requisitos para a superação do status quo e para a real integração dos diversos profissionais em equipes interdisciplinares.

DESCRITORES

Pessoal técnico de saúde, tendências. Sociologia, recursos humanos. Prática profissional, tendências.

Introdução

Este artigo tem por objetivo discutir a possibilidade de integração da atuação dos diversos profissionais da saúde de modo a superar a fragmentação resultante da compartimentalização do conhecimento em disciplinas estanques. Iniciando com uma reflexão sobre o paradigma clássico da ciência inaugurado com o racionalismo, examinaremos suas implicações para a divisão de saberes/poderes no campo da saúde para então explorar as possíveis formas de superação da fragmentação vigente.

A fragmentação do conhecimento: a hegemonia do paradigma da simplificação

A grande proliferação de disciplinas após a Revolução Científica do século XVII coloca para os epistemólogos dois tipos de problemas. De um lado, a questão das fronteiras, incluindo aqui a definição do que vem a ser

Ciência com a conseqüente outorgação do estatuto de ciência às novas disciplinas e a delimitação dos objetos específicos a cada disciplina. De outro lado, coloca o problema da complexidade do conhecimento e das conseqüências da fragmentação contínua para o conhecimento do conhecimento.

Considerando a primeira perspectiva, cabe perguntar, antes de mais nada, se as fronteiras disciplinares são necessárias para o crescimento do conhecimento. De acordo com FULLER(1988)⁴ as disciplinas delimitam suas fronteiras através da definição de procedimentos para se apossarem de reivindicações de conhecimento; ou seja, da adoção de formas de argumentação que possam restringir 1) o uso de certas terminologias; 2) o empréstimo permitido de conhecimentos de outras disciplinas e 3) os contextos legítimos de justificação e descobertas. As disciplinas que tem suas fronteiras claramente delimitadas são denominadas "autônomas" e controlam inteiramente seus

* PHD -Doutora em Psicologia Social Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PUC - SP
Endereço: Mary Jane Paris Spink. Rua Monte Alegre, 984 CEP 05014-001, São Paulo, SP.

departamentos acadêmicos, seus programas de pesquisa e suas linhagens históricas.

Entretanto, possuir fronteiras claramente delimitadas não implica em ter domínios de investigação excludentes. As disciplinas podem ser ortogonais, ou seja: podem ser independentes mas abordar um mesmo objeto de estudo. Por exemplo, a neurofisiologia e a psicologia cognitiva debruçam-se ambas sobre o mesmo objeto: os processos de pensamentos de organismos humanos; entretanto, suas respectivas leis não são passíveis de tradução interdisciplinar. Em resumo, a ortogonalidade não implica necessariamente em incomensurabilidade, ficando a questão de uma síntese futura no terreno das conjunturas.

Embora convivamos com um perpétuo desdobramento de disciplinas, há quem questione a necessidade de fronteiras para o avanço do conhecimento. De acordo com o ideal sistêmico, por exemplo, as fronteiras emergem apenas porque as atividades interdisciplinares não são monitoradas adequadamente por disciplinas hierarquicamente superiores, ou pelo público, permitindo, desta forma, a emergência de uma linguagem hermética no interior das múltiplas disciplinas. Na busca da síntese, a visão sistêmica apela frequentemente para o reducionismo buscando a construção de um "Esperanto" científico, uma linguagem transdisciplinar. Os positivistas lógicos, por exemplo, segundo FULLER(1988)⁴, dividiram-se entre o reducionismo democrático (baseado no fenomenalismo) e o reducionismo autocrático tal como o fisicalismo que sujeita todas as disciplinas à Física.

Disjunção (a fragmentação do conhecimento em compartimentos estanques) e redução (a busca de um mínimo denominador comum científico) são, segundo MORIN⁶, as características básicas do paradigma da simplificação que orientou a ciência clássica. Este paradigma

"..determina um tipo de pensamento que separa o objecto de seu meio, separa o físico do biológico, separa o biológico do humano, separa as categorias, as disciplinas, etc. A alternativa

à disjunção é a redução: este tipo de pensamento reduz o humano ao biológico, reduz o biológico ao físico-químico, reduz o complexo ao simples, unifica o diverso. Por isso, as operações comandadas por este paradigma são principalmente disjuntivas, principalmente redutoras e fundamentalmente unidimensionais. Se se obedece apenas ao princípio de disjunção, chega-se a um puro catálogo de elementos não ligados; se se obedece ao princípio de redução, chega-se a uma unificação abstrata que anula a diversidade. Por outras palavras, o paradigma da simplificação não permite pensar a unidade na diversidade ou a diversidade na unidade, a unitas multiplex, só permite ver unidades abstractas ou diversidades também abstractas, porque não condenadas" (MORIN, 1983:31)⁶

Contrapondo-se a esta visão, Morin discute a possibilidade da introdução de uma epistemologia complexa e situa este paradigma alternativo contando-nos uma pequena estória:

"Era uma vez um grão de onde cresceu uma árvore que foi abatida por um lenhador e cortada numa serração. Um marceneiro trabalhou-a e entregou-a a um vendedor de móveis. O móvel foi decorar um apartamento e mais tarde deitaram-no fora. Foi apanhado por outras pessoas que o venderam numa feira. O móvel estava lá no adeleiro, foi comprado barato e, finalmente, houve quem o partisse para fazer lenha. O móvel transformou-se em chama, fumo e cinza"(MORIN, 1983.:134)⁶

E, defendendo-se contra a acusação de pretender fazer uma grande síntese dos conhecimentos existentes, continua:

"eu quero ter o direito de refletir sobre esta história: sobre o grão que se transformou em árvore, que se transformou em móvel e acaba fogo, sem ser lenhador, marceneiro, vendedor que não vêem senão um segmento da história...(MORIN, 1983.:134)⁶

É este o paradoxo com que nos defrontamos ao pensar a unidade indivisível da saúde multifacetada em disciplinas diversas. Percebemos que a fragmentação do conhecimento em disciplinas diversas possibilita um crescimento acelerado dos saberes, mas, paradoxalmente, este conhecimento assim fragmentado dificulta a apreensão do todo. Por que? É mais uma vez MORIN (1983)⁶ quem nos oferece uma pista:

"porque este campo (do conhecimento) está fragmentado em campos de conhecimento não comunicantes. Se considerarem o cérebro, ele é objeto das neurociências, que são um campo específico da Biologia, mas também reenvia para a teoria da evolução, já que o cérebro é resultado de uma longa evolução. Mas o espírito releva das ciências humanas, que por sua vez estão separadas em setores universitários muito afastados e ignoram-se umas às outras. A sociologia da ciência não se comunica com a história das idéias, que não se comunica com a teoria do conhecimento, ou muito mal. A própria epistemologia pertence a outro domínio e, finalmente, há o continente desconhecido da nosologia. Entre todos estes fragmentos separados há uma zona enorme de desconhecimento e damos conta de que o progresso dos conhecimentos constitui ao mesmo tempo um grande progresso do desconhecimento" (MORIN, 1983:2)⁶

Não se trata, porém, de desenvolver um esquema de integração de conhecimentos sintético e harmonioso. Não se trata, especialmente, de perder competências pois o lenhador continuará a ser um lenhador e o marceneiro um marceneiro. Não se trata, também, de uma tarefa individual e, como tal, impossível. Trata-se de "uma tarefa que necessita do encontro, da troca entre todos os investigadores e universitários que trabalham nestes domínios disjuntos e se fecham como ostras quando solicitados." (MORIN, 1983:33)⁶.

O problema, ainda segundo Morin, está em que cada competência "desenvolva o suficiente para articular com outras compe-

tências que, ligadas em cadeia, formariam o anel completo e dinâmico, o anel do conhecimento do conhecimento". (MORIN, 1983:33)⁶. Ou seja, a apreensão do todo só pode ser efetivada através da adoção de uma postura transdisciplinar, onde as competências individuais, em vez de esfaceladas, passam a ser articuladas.

Mas, sabemos todos nós que procuramos enfrentar a complexidade do fenômeno saúde/doença, que tal articulação não é fácil pois não se trata de mera contraposição de domínios científicos e sim de um confronto entre *saberes*. Distinção esta introduzida por FOULCAUT(1987)³ para situar a diferença entre uma história das idéias - centrada no desenvolvimento dos diversos domínios científicos - e os territórios arqueológicos - centrados nos elementos de sustentação de práticas discursivas que antecedem um determinado domínio científico. São estes elementos, formados por uma determinada prática discursiva e indispensáveis à constituição de uma ciência, que FOULCAUT(1987)³ denomina de *saberes*:

"Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico (o saber da psiquiatria no século XIX não é a soma do que se acreditava fosse verdadeiro; é o conjunto das condutas, das singularidades, dos desvios de que se pode falar no discurso psiquiátrico); um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (neste sentido, o saber da medicina clínica é o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico); um saber é também o campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam (neste nível, o saber da História Natural, no século XVIII, não é a soma do que foi dito, mas sim o conjunto dos modos e das posições segundo os quais se

pode integrar ao já dito qualquer enunciado novo); finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso (assim, o saber da economia política, na época clássica, não é a tese das diferentes teses sustentadas, mas o conjunto de seus pontos de articulação com outros discursos ou outras práticas que não são discursivas). Há saberes que são independentes das ciências (que não são nem seu esboço histórico, nem o avesso vivido); mas não há saber sem uma prática discursiva definida e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ele forma (FOUCAULT, 1987: 206-7)³.

É neste embate, das diferentes práticas discursivas, que a dificuldade da interdisciplinaridade na área da saúde pode ser apreendida. Não se trata, portanto, de demarcação de fronteiras epistemológicas; não se trata de definir quem é mais "ciência", se a medicina, a psicologia ou a terapia ocupacional. Trata-se, sim, de entender as oposições que emergem em função de e a partir das práticas discursivas que aí circulam.

A ciência como campo de poder

O campo científico, segundo BOURDIEU (1983)¹, é o lugar de um jogo concorrencial onde o objeto de disputa é o monopólio da autoridade científica. Ou seja,

"o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e agir legitimamente que é socialmente outorgada a um agente determinado (BOURDIEU, 1983:)¹.

O que está em jogo, em última análise, é tanto a competência técnica quanto o poder social, aceitando-se, aqui, a postura implícita das correntes sociológicas da epistemologia de que a ciência produz e supõe uma forma específica de interesse. Desta forma, se a análise epistemológica permite desvelar a lógica segundo a qual uma determinada ciência se constitui enquanto ciência, a análise sociológica permite relacionar estes elementos estruturantes às condições sociais que possibilitam seu aparecimento.

O campo científico, enquanto lugar de luta pela denominação científica, define para cada pesquisador, em função de posição que ele ocupa no campo, as estratégias científicas possíveis; estratégias estas que são indissolúvelmente científicas e políticas uma vez que são expressas com referência às posições constitutivas do campo. Tais estratégias visam a obtenção do capital social específico do campo científico: a autoridade científica, segundo Bourdieu. Capital este que, de acordo com a autonomia específica dos diversos campos, terá seu valor definido pelos pares pois "só os cientistas engajados no mesmo jogo detêm os meios de se apropriar simbolicamente da obra científica e de avaliar seus méritos". BOURDIEU, 1983: 127)¹. Desta forma, impor autoridade como produtor legítimo implica sempre em impor uma definição de ciência; ou seja, implica em poder delimitar campos de problemas, métodos e teorias que são considerados científicos e excluir outros que não estejam de acordo com os interesses específicos. Desta forma, existe sempre no campo científico uma hierarquia social de campos específicos (as disciplinas) assim como no interior de cada uma destas se estabelece uma hierarquia de objetos e métodos. Para Bourdieu, então

"os dominantes são aqueles que conseguem impor uma definição de ciência segundo a qual a realização mais perfeita consiste em ter, ser e fazer aquilo que eles têm, são e fazem." (BOURDIEU, 1983; 128)¹.

Em todo campo, seja este uma única disciplina ou o conjunto de disciplinas concorrenciais, se distribuem agentes com forças mais ou menos desiguais; os dominantes ocupando as posições mais altas na estrutura de distribuição do capital científico. É esta estrutura de distribuição de capital que marca o movimento do campo: a luta entre dominantes, que se consagram a estratégias de conservação visando a perpetuação da ordem estabelecida, e os "novatos", os pretendentes, que podem se orientar pelas estratégias de sucessão, mais seguras, ou por estratégias de subversão

"investimentos infinitamente mais custosos e arriscados que só podem assegurar os lucros prometidos aos detentores do monopólio da legitimidade científica em troca de uma redefinição completa dos princípios de legitimação da dominação." (BORDIEU, 1983: 138)².

A redefinição em pauta refere-se à distribuição do capital, e portanto à redistribuição do poder, dentro do campo. A ortodoxia e a heterodoxia no campo científico, se recortam, como bem aponta Bourdieu, sob o pano de fundo da doxa,

"conjunto de pressupostos que os antagonistas admitem como evidentes, aquém de qualquer discussão, porque constituem a condição tácita de qualquer discussão..." (BOURDIEU, 1983; 146)¹.

Doxa, portanto, nada mais é, neste caso, do que a retórica da cientificidade através da qual a comunidade científica como um todo reproduz a crença no valor de seus produtos e na autoridade de seus membros.

Entre as estratégias de conservação e subversão contam-se as variadas formas de defesa das competências específicas como a definição de legislação específica para regulamentação do exercício profissional ou a criação de órgãos de fiscalização.

As competências específicas no campo da saúde: da fragmentação do conhecimento à defesa dos espaços de atuação

É apenas quando focalizamos o conhecimento na perspectiva do saber-fazer, ou seja, da praxis, que as implicações da fragmentação destes saberes em múltiplas disciplinas ficam claras. O saber, examinado sob a ótica do fazer, nos fornece essencialmente a dimensão do poder. Poder este que é melhor compreendido quando abordado na perspectiva da regularização do exercício profissional, estratégia esta que dá respaldo ao movimento incessante de circunscrição de campos científicos discutida anteriormente neste artigo.

Ao examinarmos a regulamentação do exercício profissional a atenção é atraída, sem dúvida, pela inserção no jogo concor-

rencial de um ator coadjuvante: o Estado. Não mais, portanto, o julgamento pelos pares, mas a extrapolação dos interesses para a esfera do mercado.

É constatação unânime a ampliação progressiva da ação estatal na área das políticas sociais entre as quais se enquadra a legislação trabalhista. Estas políticas são concomitantemente um colchão amortecedor dos conflitos sociais - e portanto uma forma de controle - e uma demonstração de força, de sucesso dos esforços e lutas dos setores dominados da sociedade. Na visão de SILVA(1984)⁷, a ampliação dos programas e políticas de recorte social representam simultaneamente a

"estruturação de mecanismos mais complexos de dominação política e social e uma forma de introduzir, no seio do próprio Aparelho de Estado, questões socialmente relevantes aos setores subalternos, representando, neste último caso, conquistas importantes de novos patamares de participação política e social das classes dominadas".

Cabe destacar, ainda, que estas políticas sociais remetem, em última instância, às "questões sociais" e, como apontam BRAGA & PAULA(1981)²,

"o desenvolvimento capitalista... constitui em questões sociais, entre outros, aqueles processos relacionados à formação e reprodução da força de trabalho para o capital e, num mesmo movimento, constitui o Estado no organismo por excelência a regular tais questões".

É compreensível, portanto, que, no Brasil, o papel do Estado na regulamentação do exercício profissional tenha sido explicitado a partir da constituição getulista de 1934. Compete à União, desde esta época:

- 1) legislar sobre as condições de capacitação para o exercício profissional, ou seja definir o conteúdo da formação profissional, competência esta que, desde a Lei de Diretrizes e Bases de 1961, é função do Conselho Federal de Educação;
- 2) regulamentar o exercício profissional, competência que abarca: o reco-

nhecimento da especificidade do campo de atuação das diversas profissões através de legislação específica e a delegação da fiscalização do exercício profissional assim definido a órgãos especificamente criados para este fim - os Conselhos Federais e Regionais que atuam sob a tutela do Ministério do Trabalho.

O processo que leva a regulamentação das diversas profissões da área da saúde, analisado por SPINK(1984)⁸, é um exemplo claro do jogo concorrencial no campo científico ilustrando estratégias de conservação por parte das categorias mais organizadas assim como intervenções diretas do Estado a partir de interesses específicos do desenvolvimento econômico do país. Para o argumento aqui desenvolvido, entretanto, é a ótica das disciplinas que mais interessa. Neste sentido, a regulamentação profissional é, acima de tudo, uma estratégia para a garantia dos espaços de atuação em um contexto de divisão técnica do trabalho cada vez mais complexo em função do desenvolvimento tecnológico e do surgimento de um número cada vez maior de especializações.

Neste processo de desdobramento contínuo de áreas de especialização não basta apenas a proteção de legislação específica para a delimitação dos campos de atuação. A definição efetiva das fronteiras em disputa passa, também, pela arena jurídica, o que envolve um processo de vigilância permanente para garantir que a legislação pretendida por uma categoria não ameace as conquistas de outra categoria.

É óbvio, entretanto, que a proclamada visão totalisadora do fenômeno saúde/doença remete à busca de soluções fora da esfera legislativa. Do ponto de vista político a integração vem sendo lentamente encaminhada através da aproximação paulatina dos conselhos de saúde para discussão dos problemas da área e pela criação de órgãos de reivindicação supra-categoriais. Mas é a partir da prática integrada, da articulação das competências específicas e a formação do anel do conhecimento do conhecimento propagado por MORIN(1983)⁶, que nos

aproximaremos da totalidade. Este é o terreno das tão faladas equipes multiprofissionais.

Da possibilidade de integração: repensando as equipes multiprofissionais.

Embora conceitualmente louvável, na prática as equipes multiprofissionais não parecem ter logrado grande sucesso. As equipes reproduzem no seu interior as posições ocupadas pelas diversas profissões no campo da saúde como um todo. O indicador mais óbvio deste fenômeno é a posição subalterna das diferentes profissões face à profissão hegemônica: a medicina. Esta distribuição reflete a posse diferencial do capital específico da área: o conhecimento científico sobre saúde/doença. Várias das profissões mais recentes, constituídas a partir do processo de especialização decorrente dos avanços tecnológicos e/ou da ampliação do conceito de saúde, não tem um corpo de conhecimentos, métodos e técnicas suficientemente bem delimitados que permita uma co-existência sem conflitos. Não há, frequentemente, as três condições discutidas por FULLER(1988)⁴ para a constituição de disciplinas autônomas. Por exemplo, no que diz respeito aos "empréstimos" teórico-metodológicos, o referencial da Psicologia é amplamente utilizado por enfermeiros e terapeutas ocupacionais a ponto de confundirem-se as práticas terapêuticas destas categorias.

Frequentemente, portanto, as equipes multiprofissionais acabam por perpetuar a fragmentação do atendimento prestado ao paciente adotando uma divisão tácita de competências e práticas.

Como então superar as barreiras erigidas pela fragmentação do conhecimento de um lado, e pela luta concorrencial que leva à defesa dos espaços de atuação através de estratégias de regulamentação e fiscalização do exercício profissional?

Os mais diversos autores são unânimes em apontar que a integração não significa a equalização dos saberes/fazer e nem a submissão das diferenças é uma verdade

única e inequívoca. Do ponto de vista cognitivo a superação das diferenças implica na compreensão do modo de estruturação dos outros tipos de pensamento diferentes dos nossos. Nas palavras de MORIN(1988)⁶ "o problema não está em que cada um perca sua competência. Está em que a desenvolva o suficiente para articular com outras competências que, ligadas em cadeia, formarão o anel completo e dinâmico, o anel do conhecimento do conhecimento: (MORIN, 1988:33)⁶.

Do ponto de vista afetivo, a superação está na aceitação e incorporação da alteridade, entendida aqui como o diferente lembrando que, como diz MAUTNER(1991)⁵,

"os diferentes só o são porque se encontram sob a minha percepção. E enquanto forem as diferenças que estiverem na mira de um projeto de equalização estaremos esterilmente rodando em falso." (MAUTNER, 1991:72)⁵.

Mais uma vez, portanto, o caminho da superação está no enfrentamento das barreiras de contato erigidas nos encontros com os diferentes. Nas palavras de MAUTNER (1991)⁵, "o caminho está na compreensão do contato e suas vicissitudes, só aí está a possibilidade de interpretação." (MAUTNER, 1991:72)⁵. Compreensão que exige de nós todos uma abertura para a escuta do desejo, dos medos, da insegurança que o diferente suscita em nós mesmos.

SPINK, M.J. Health: crossdisciplinary field? *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):17-23, jan/dez., 1992.

ABSTRACT

This paper focuses on the integration of the various health professions as a strategy for overcoming the fragmentation of knowledge into multiple disciplines. The implications for the health professions of the adoption of the classic paradigm of Science which was inaugurated with modern rationalism are them discussed, with special emphasis on two of its consequences; the fragmentation of knowledge as a power strategy and the fragmentation of health practices as a corporative protection device. It concludes with a discussion of the prerequisites for overcoming the present state of affairs and for the integration of practices within interdisciplinary teams.

KEY WORDS

Allied health personnel, trends. Sociology, manpower. Professional practice, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOURDIEU, P. O campo científico. In: BOURDIEU, P. In: ORTIZ, R.; org. *Sociologia*. Trad. P. Monteiro e Auzmendi, São Paulo, Ática, 1983.
2. BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. São Paulo, CEBES, Hucitec, 1981.
3. FOUCAULT, M.A. *A arqueologia do saber*. Trad. L.F. Baeta Neves. 3. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1987.
4. FULLER, S. *Social epistemology*. Bloomington, Indiana University Press, 1988
5. MAUTNER, A. V. Vicissitudes da barreira de contato. *Rev. USP*, 11:71-6, 1991.
6. MORIN, E. *O problema epistemológico da complexidade*. Portugal, Ed. Europa, América, 1983.
7. SILVA, P.L.B. *Políticas governamentais e perfis de intervenção: reflexões acerca da análise da intervenção estatal*. In: Reunião Anual da Associação Nacional do Programa de Pós-Graduação em Administração, 7^o. São Paulo, 1984.
8. SPINK, M.J.P. Regulamentação das profissões de saúde. *Cad. FUNDAP*, 5(10): 24-43, 1984.

Recebido para publicação em : 04/01/92

Aceito para publicação em: 30/01/92

A DANÇA, O TRABALHO CORPORAL E A APROPRIAÇÃO DE SI MESMO

Eliane Dias Castro*

CASTRO, E.D. A dança, o trabalho corporal e a apropriação de si mesmo. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):24-32, jan/dez, 1992.

RESUMO

O trabalho corporal, e em especial a dança, constitui-se em possibilidade de tratamento de pessoas que buscam auxílio psiquiátrico. Foram realizados encontros semanais com usuários do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira (CAPS-SP), ao longo de dois anos (1989-1991), cuja fundamentação teórica baseia-se Rudolf Laban, Gerda Alexander e nas aulas com Naísa França. Os encontros revelaram entre outras coisas, que esta população muito se beneficia de um momento em seu tratamento que lhes dê a vivência do corpo inteiro numa perspectiva de auto-conhecimento e expressão, desencadeando uma disposição para o lúdico, para a comunicação com o outro, e para o conhecimento de si.

DESCRITORES

Terapia Ocupacional, tendências; Psicoterapia de grupo, tendências; Dança, tendências; Dança, psicologia.

Ponto de Partida

Localizaremos aqui, mesmo que brevemente, aspectos da metodologia utilizada na organização dos encontros do Grupo de Dança e Expressão Corporal do CAPS, no período entre 1989-1991. A inserção nesta equipe de Saúde Mental, permitiu o acompanhamento deste grupo, caracterizado como uma atividade que compõe o cotidiano e a rotina das pessoas que buscam auxílio psiquiátrico e são atendidas nesta casa.

Após um período de observação e baseando-nos no princípio de "grupo aberto" - que estabelece que a demanda não deve ser selecionada segundo qualquer critério técnico de priorização pré-estabelecida, representando uma forma de trabalhar que não hierarquiza necessidades ou sofrimentos (BARROS, 1990: 126)³ - todo o usuário presente na casa no dia do encontro era convidado a participar.

Ao chegar para nossos encontros, perguntávamos para cada usuário :

- Você quer dançar hoje? ou,

- Você quer participar da Expressão Corporal?

* Docente do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Endereço Eliane Dias de Castro. Rua Ourizona, 99 - Pinheiros - CEP 05429-050 - São Paulo, SP

As repostas variavam em:

- 50% das pessoas presentes na casa no dia, se interessavam, e logo vinham compor o grupo;

- aproximadamente, 3 ou 4 pessoas necessitavam de uma argumentação no convite, assegurando ao usuário a possibilidade de "só assistir", e então com esta garantia vinham integrar o grupo;

- em geral, 3 ou 4 pessoas afirmavam categoricamente que não queriam participar, e isto foi respeitado, embora, a cada encontro o convite fosse refeito. Houve eventuais mudanças de atitude: usuários que por algum tempo compunham o grupo e depois se afastavam; ou, em alguns casos, usuários que se lançaram na experimentação da atividade e passaram a integrar o grupo com frequência;

- algumas pessoas nunca participaram do grupo.

Esta forma de proceder configurou-se como a primeira atitude na rotina que caracteriza o eixo do trabalho desenvolvido. Com essa população é importante um acordo claro e preciso, e na prática verificamos ser necessário a reafirmação do acordo a cada encontro.

Na Sala

Com o grupo reunido, o momento de chegada e encontro dos usuários era orientado no sentido de que as pessoas pudessem vivenciar com atenção este "tempo de chegada", observar individualmente o que era chegar com seu corpo, no espaço e para aquelas pessoas. Assim, as pessoas eram convidadas a perceber que, para cada momento e situação da vida, há uma qualidade de atenção necessária, e para que essa atitude se instale é importante a sua prática. Com os usuários praticamos o despertar da aten-

ção, o que nos introduziu em um ritmo de trabalho que era dado pelas pessoas presentes no dia.

Esse "tempo de chegada" é favorecido através de um acompanhamento paciente e atencioso do coordenador, para facilitar ao usuário a observação nem sempre fácil e tranquila do próprio corpo. Nesse momento, a pessoa poderá iniciar uma conversa com o próprio corpo, descobrir necessidades, sentimentos, perceber o que possui e o que lhe falta - ato que pode gerar angústias - e, através da dança e da expressão corporal encontrar formas e possibilidades de expressão.

Nessa etapa, foi importante deixar um momento, após o "tempo de chegada", para que cada um experimentasse por si o seu repertório de movimentos, possibilitando a observação das dificuldades e facilidades para a improvisação ou para experimentação livre dos movimentos, do tônus e das posturas mais fixadas.

O convite individual, o "tempo de chegada" e a pesquisa do repertório de movimentos estabeleceram uma espécie de ritual nos encontros e permitiram compreender, a cada encontro, quais itens do programa de trabalho poderíamos introduzir no dia. No desenvolvimento do trabalho conjunto, íamos adquirindo conhecimento sobre o que era vital e necessário que estas pessoas aprendessem em relação ao próprio corpo.

Sendo assim, de forma geral, organizamo-nos da seguinte forma:

1) Atividades Dentro da Sala de Dança e Expressão Corporal

- Convite individual para o encontro;
- Tempo de chegada;
- Pesquisa do repertório de movimentos;
- Jogos e Brincadeiras;
- Vivência Corporal*;
- Encerramento**;

* Vivência Corporal: dança, expressão corporal, eutonia, massagem, pesquisa dos sentidos, improvisação e criação de movimentos, pesquisa de formas expressivas.

** Encerramento: sempre marcávamos o final do trabalho com algum movimento, jogo ou relaxamento, ou ainda, com conversas e reflexões.

- Registro(realizado somente pela coordenadora).

2) Atividades Fora da Sala

- Convite individual para o encontro;
- Tempo de chegada;
- Passeio;
- Encerramento;
- Registro.

Dança e Expressão Corporal

A dança é uma arte que reúne características fundamentais para a realização do humano em cada indivíduo. A gestualidade, a movimentação, a criatividade e a expressão são partes de sua estrutura. A atividade de dançar dá origem ao conhecimento do corpo, ao conhecimento da relação psique-corpo e ao conhecimento de si. Em sua amplitude, a dança atua no corpo anatômico, no corpo social e no corpo psíquico do homem, tendo assim uma ação importante sobre as condições do contexto em que vivemos.

A dança foi introduzida lentamente: havia uma timidez e um gosto da parte dos usuários em experienciá-la. Utilizamos, para "quebrar o gelo e a timidez", modalidades mais populares da dança como, por exemplo, valsas, rocks e lambadas, sempre estimulando a participação conjunta. Devagar, passamos a dançar outras modalidades e a compor individualmente.

Laban, em sua Teoria do Movimento (LABAN, 1971: 186)⁸, apresenta uma concepção de dança baseada na linguagem do movimento, definida como um sistema de expressão não verbal, advindo em respostas a estímulos internos ou externos, para exprimir idéias, sentimentos, para satisfazer necessidades físicas ou pelo puro prazer de movimentar-se (NEVES, 1987: 12)¹¹. Com a convicção de que a dança não deveria ser privilégio de alguns, mas que cada pessoa é um dançarino em potencial, estimulou a par-

ticipação de muitas pessoas para dançarem conjuntamente. Assim, a contribuição individual era essencial para a expressão comum do grupo e o maior beneficiado era o próprio dançarino, pois nessas danças não havia uma preocupação de mostrar algum resultado.

No princípio, a pessoa que se mostra interessada em dançar deve ser animada para que impregne suas próprias idéias e esforços sem correções. Aqui, o uso da repetição é natural. Os movimentos devem incluir todo o corpo, ambos os braços e as pernas e não se deve exigir precisão para não impor restrições à individualidade. A aprendizagem da dança desde suas primeiras etapas, tem como principal interesse ensinar formas de viver, mover-se e expressar-se no ambiente que rege a vida.

O material da dança é o movimento pelo qual queremos significar a interação de esforço e espaço por intermédio do corpo. Um dos seus objetivos é ajudar o homem moderno a encontrar uma relação corporal com uma totalidade da própria existência. O movimento é um traço presente em todas as atividades do homem. Na dança mergulhamos no processo da ação, preocupando-nos com o manejo do seu material que é o próprio movimento.

A atividade criadora apresenta, na opinião de LABAN(1990)⁷, um efeito benéfico sobre a personalidade, é um meio pelo qual se fomenta a expressão artística de maneira criativa e apropriada para o desenvolvimento das pessoas. Seu método consiste em elaborar formas universais básicas de movimento, sua assimilação e reflexos subjetivos, não fundamentando-se na concepção de apresentação externa (LABAN, 1990: 108)⁷.

Uma outra referência utilizada no nosso Grupo de Dança e Expressão Corporal foram os ensinamentos de Naísa França. Bailarina, professora de Expressão Corporal e Arte do Movimento, organizou informações fundamentais relativas à educação na dança e na expressão corporal, que refletem



A apropriação de si mesmo através da dança

na atenção e no cuidado do corpo e na prática dessa arte. Pesquisando o que estava presente no corpo de cada um de nós no dia do encontro e baseando-nos em sua metodologia na qual "tudo é válido desde que sirva para aproximar a pessoa de seu corpo e para desbloquear os canais expressivos", fomos descobrindo o que é chegar a si mesmo, ao outro e ao espaço. Percebendo pulsações, ritmos, desejos e necessidades, dávamos movimento ao corpo, com a força e a energia, com a angústia, com a preguiça, com a alegria, o sono, a dor que identificávamos naquele dia. Experimentamos a atenção aos mais variados estados existenciais, tentando perceber o dinamismo interno presente no corpo relacionados às diversas experiências de vida. Sua orientação nos dizia:

"- Aqui e agora o que o corpo pede para fazer? Tragam para cá a perna que ficou esquecida no ônibus, dancem como puderem as cenas que vocês tem em mente. Não paralizem, se deixem circular." (SILVA, 1988:2)¹².

Ocorria então uma aproximação, nem sempre fácil e tranquila, do corpo de cada um, uma relação com cada parte. Instalava-se uma "conversa de corpo", fazendo os movimentos que cada pé, perna, tronco iam pedindo, os movimentos que sentiam que precisavam fazer para entrar em contato

consigo mesmo. Percebia-se então a sutileza de diferentes sensações serem descobertas e a força de algumas danças que explodiam, às vezes, espontaneamente.

Esta foi uma importante etapa na construção do conhecimento do corpo, que permitiu um reconhecimento do vivido, e de como o vivido nele se instala. Ao longo dos encontros pudemos ir conhecendo e reconhecendo o corpo dos usuários e o meu, os limites, os ritmos, as formas, tensões e estados emocionais e mentais, a variação da temperatura e os estados de relaxamento.

A volta ao corpo implica um trabalho para que o corpo se desafogue e se desengasgue e possa "tomar a iniciativa de selecionar e usar somente aquilo que lhe convier, se o quiser"(ALVES, 1989: 42)². O trabalho de volta ao corpo reconstitui sentidos. Para ALVES(1989)²:

"Voltar ao corpo como grande razão tem, um sentido político e um sentido pedagógico. Político, porque é o corpo que dispõe de um olfato sensível aos aspectos qualitativos da vida social, em oposição às funções cerebrais, tão ao gosto dos tecnocratas e dos comandantes, que trabalham sobre abstrações quantitativas. Pedagógico, porque a sabedoria do corpo impede de sentir, aprender, processar, en-

tender, resolver problemas que não estejam diretamente ligados às suas condições concretas"(ALVES, 1989: 42)².

Outro aspecto desenvolvido e trabalhado nesta perspectiva, foi a criatividade, estimulada no sentido de que todos pudessem ir criando e improvisando os próprios movimentos, suas próprias coreografias, descobrir novos movimentos, outras possibilidades de aberturas das articulações do corpo, outros ritmos. A dança fluindo de dentro, fortalecendo e estimulando a criatividade, o desenvolvimento da auto-imagem e da autoconfiança.

No decorrer desta prática surgem alterações. À medida que conhecemos os conteúdos presentes no corpo, podemos redimensionar atitudes, reconhecer necessidades, explorar novas percepções e transformar a qualidade da própria vida, e, quando integrada ao cotidiano da pessoa, fornece novos níveis de sensibilidade, percepção e consciência.

A metodologia de trabalho com a dança e a expressão corporal desenvolvida por Naísa França realça pontos praticados por nosso Grupo no CAPS, que situaram-se como ali-cercas da prática desenvolvida. São eles:

- o andamento e a pausa;
- a função lúdica da dança;
- a valorização das relações humanas;
- a auto-avaliação;
- a figura do coordenador como espelho do outro;
- a busca da autonomia.

Música e Passeios

Realizamos, uma série de gravações em fitas cassete com diferentes gêneros de música. A música, o ritmo e a melodia são emissões pulsantes, vitais e, como sugeriu um usuário: - "Coloque músicas porque de-

pois de ouvi-las todo mundo sai feliz!". Em alguns momentos, a música foi tocada (com bambu, violão) e cantada pelos usuários.

No decorrer dos encontros, tivemos com ela uma nova abordagem. De tempos em tempos, foi nossa prática perguntar aos participantes que música eles gostariam de dançar. Esse procedimento surgiu a partir da observação de que, em alguns momentos uma determinada música não trazia o estímulo necessário para envolver o usuário e facilitar o ato de dançar. O importante foi selecionar músicas que se relacionavam com os aspectos culturais da história de cada um, que os envolviam, pois o que os "colocava em movimento" eram principalmente músicas significativas nas suas histórias pessoais.

Um outro objetivo em relação à música era estimular uma participação maior do usuário e de pessoas da Equipe de Saúde Mental do CAPS. Pedimos que as pessoas trouxessem fitas-cassetes ou discos com músicas que gostavam para dançarmos nos encontros. Alguns usuários trouxeram fitas e uma pessoa da Equipe, que gostava muito de música e possuía um acervo bastante diversificado e interessante de discos, com frequência colaborou com o nosso trabalho de selecionar e gravar músicas, durante todo o tempo de realização deste trabalho.

Um leque muito variado de gêneros musicais foi vivenciado: óperas, clássicos, boleros, valsas, rock, música popular brasileira, músicas especiais para relaxamento. O trabalho com a música demandou uma composição atenciosa e lenta, baseada em conversas com usuários e na colaboração mútua entre coordenador, usuário e equipe.

A utilização da música, além de acompanhar os jogos e a dança também apresentou outros desdobramentos. Durante os encontros, alguns usuários puderam tocar violão acompanhados por outras pessoas do grupo, que cantavam ou batiam palmas. Houve também pedidos para que pu-

dessem seguir escutando música após os encontros, o que foi permitido.

Entendemos ser este um recurso importante para a composição do cotidiano destas pessoas, e no CAPS, à música está reservado um momento especial de trabalho.

O passeio surgiu como uma possibilidade de trabalho com o corpo nos dias de sol. Caminhávamos até o Parque do Trianon (localizado próximo ao CAPS). Nele, trabalhamos a atenção no modo de caminhar de cada um, na respiração, nos acontecimentos externos. Quando encontrávamos um lugar para sentar ou deitar, trabalhávamos a observação da luminosidade, das formas das plantas e das construções, dos gestos das pessoas, dos ruídos e sonoridades e das sensações do contato da pele com o sol. No retorno à sala, vivenciávamos uma satisfação na qualidade do trabalho corporal, nas trocas interpessoais que surgiam quando cada um contava um pouco da própria história de vida.

Aqui o fundamental foi estabelecer um diálogo com os usuários. Através dele puderam mostrar o que gostavam e o que não gostavam, o que era muito difícil e quais técnicas iam de acordo com suas necessidades.

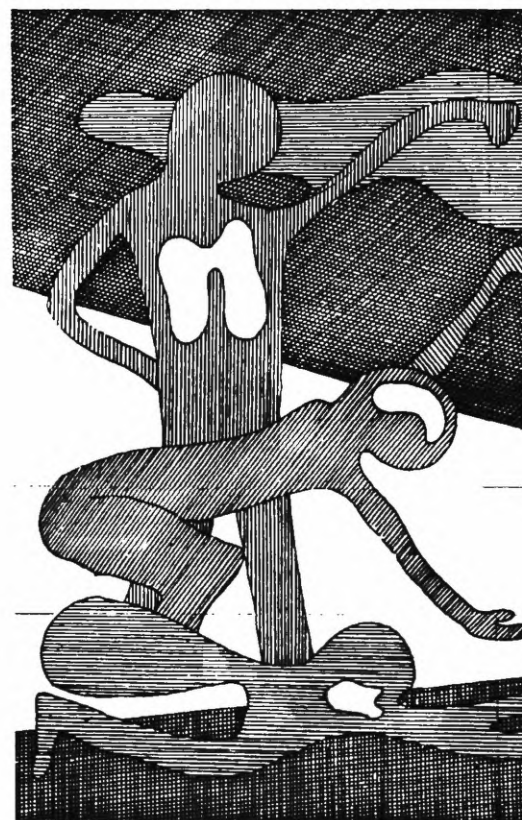
Trabalho Corporal

Nesse sentido, a Eutonia apresentou-se como uma forma de contato e investigação corporal que auxiliou os usuários a viverem o próprio corpo, desenvolvendo, numa primeira instância, a capacidade de observar sem preconceitos, as reações que nele se produzem. Para a maioria dos usuários foi de grande valor observar as mudanças objetivas que o trabalho apresentou, mudanças que se podem medir como, por exemplo, temperatura, pulsação e tônus.

A Eutonia é um método para o desenvolvimento da percepção corporal, cuja finalidade é permitir ao homem redescobrir sua capacidade máxima de reagir, tanto a nível motor quanto relacional, com a maior liber-

dade possível, dentro dos limites da realidade psicológica de cada um. Seus princípios baseiam-se em informações anatômicas, fisiológicas e físicas; sua prática consiste em convidar o aluno a vivenciá-la no próprio corpo, iniciando com relaxamento sem, contudo, desligar-se ou isolar-se do ambiente. A partir daí, o aluno é conduzido a uma investigação corporal baseada na atenção e observação das partes do corpo e do contato daquelas que estão apoiadas no chão. Essa tarefa serve para desenvolver a capacidade de observar as reações que se produzem no corpo, possibilitando distinguir imaginação e sensação real.

A base do trabalho eutônico está no pressuposto de que todo pensamento, ainda que extremamente abstrato, tem uma repercussão sobre o organismo inteiro, provocando mudanças palpáveis e mensuráveis no tônus muscular e na circulação (ALEXANDER, 1983: 33)¹. Do mesmo modo, sentimentos como angústia, ódio, ciúme, alegria ou tristeza, são acompanhados de alterações corporais. A eutonia procura criar as condições para que a pessoa observe os processos corporais tal como os experi-



menta em seu organismo num momento determinado.

Um dos pedidos mais frequentes refere-se a introdução de toques e massagens como uma atividade constante nos encontros.

"O maior sentido do nosso corpo é o tato. Provavelmente é o mais importante dos sentidos no processo de dormir e acordar; informamos sobre a profundidade, a espessura e a forma; sentimos, amamos e odiamos, somos suscetíveis e tocados em virtude dos corpúsculos táteis de nossa pele" (MONTAGÚ, 1988: 21)¹⁰.

Porém, sua característica mais importante é que através dela mantemos contato com os outros e com o mundo externo. O ato de tocar fornece a verificação e confirmação da realidade, atesta a existência de uma "realidade objetiva", no sentido de que é alguma coisa fora, que não eu mesmo.

As massagens foram feitas tanto pelo coordenador nos usuários, entre os usuários e pelos usuários no coordenador. Para atendermos a solicitação organizamos da seguinte forma: em primeiro lugar, era importante que cada um experienciasse sua forma de tocar a si próprio e os outros, testando atenção em como tocavam e que sensações individuais surgiam durante o ato de tocar. Num segundo momento, introduzíamos alguns "padrões" de massagem corporal que possibilitassem um maior alívio da atenção em diversas partes do corpo, auxiliando o usuário a trabalhar com atenção todo corpo de seu companheiro, e ao mesmo tempo perceber a experiência sensorial que ocorria em si mesmo.

Pela grande demanda e pela importância do toque e da massagem para a normalização das tensões no corpo, deixamos bastante tempo para esta atividade. Com isso, pudemos introduzir junto ao usuário a noção da importância de tratar a si mesmo com respeito.

"Quando as coisas se tornarem difíceis, é hora de parar e descansar. O ponto de referência é sempre o seu próprio corpo e não o ambiente em que estamos" (FELDENKRAIS, 1988: 25)⁵.

O relaxamento físico, com essa população, constitui-se um aprendizado vital. No processo percebemos que era importante tecer uma metodologia flexível, na qual me disciplinei a um ritmo bem mais lento, vagaroso o suficiente para acompanhá-los no enfrentamento de mudanças e na construção do conhecimento do corpo que se esboçava. Meu desejo era poder conhecer como esse gesto estava presente em seus cotidianos. O relaxamento apareceu enquanto necessidade e, aos poucos, introduzimos outras formas para praticá-lo. Valorizando a maneira de relaxar de cada um, estabelecendo momentos de trocas entre os usuários e pesquisando novas posições que auxiliassem no relaxamento muscular, trabalhamos sobre o tema.

Assim, no decorrer dos encontros os usuários passaram a relatar sobre a transposição da experiência da prática do relaxamento para outros momentos de suas vidas, como por exemplo, ao deitar antes de dormir, e até em momentos de insônia.

BASAGLIA(1981: 339)⁴ diz que as pessoas que vivem histórias de intervenção psiquiátrica, em geral, sentem-se ameaçadas na sua integridade física e o corpo está no centro da experiência ansiosa, como lugar mais imediato, mais próximo, no qual está focalizado, para elas, qualquer possibilidade de "dano". O corpo, em virtude da ansiedade, torna-se ao mesmo tempo "objeto-instrumento" que a pessoa possui e do qual pode ser privado.

Devido a constância de nosso trabalho, a experiência conduziu-nos a um relacionamento de confiança e trocas. O mais importante foi desmistificar a idéia de um corpo perfeito e pronto, introduzir o conceito do dinamismo de um corpo que precisa ser

retomado e cuidado a cada dia (MAY, 1982: 43)⁹.

Em nossa prática, desenvolvida a cada sete dias, a tônica do trabalho foi "desconstruir" a idéia preconcebida da diferença entre o que é bonito e feio, do que é certo e errado; valorizar a movimentação e expressão de cada um, demonstrando que todos os movimentos eram válidos à medida que eram criados por eles. Devido a isso, houve uma atenção redobrada para que meus movimentos não limitassem a experiência, mas servissem de desencadeamento para novas investigações e novas pesquisas na movimentação de cada um.

O início, a implantação e o desenvolvimento desta prática com a dança e o trabalho corporal caracterizou-se por encontros tímidos, por uma empatia e um respeito pelos usuários que se lançavam ao encontro de seus próprios corpos. A forma de estruturação dos encontros e o número de participantes exigiu a permanência de mais uma pessoa da equipe durante o trabalho. Ficou evidente a necessidade de desenvolver um trabalho com uma atenção mais individualizada.

A alegria dos usuários em moverem-se e o prazer de realizarem uma atividade como a dança, onde cada um experienciava seu potencial, fez com que um grande número de usuários se identificasse e participasse com frequência do Grupo de Dança e Expressão Corporal. O repertório de movimentos de cada um foi ampliado, houve pesquisas de novas posturas e novos movimentos. Os encontros ganharam ritmo e fluíram para a conscientização do corpo e do espaço. Ao longo do tempo, passaram a exprimir suas necessidades, seus pedidos e suas propostas de atividades corporais - este fato caracterizou uma fase da construção do conhecimento do corpo.

Para terminar

Verificamos, ao analisar o trabalho desenvolvido e realizado, que se instalou um

dinamismo complexo e intenso em relação à movimentação, à atividade de dançar, ao trabalho corporal e à apropriação por parte dos usuários dos vários aspectos que surgiram. Sem dúvida, a construção de uma metodologia de trabalho junto aos usuários permitiu uma aproximação e um conhecimento das reais necessidades dessa população em relação a seus corpos.

A urgência do resgate do ato de tocar configurou-se como um trabalho muito especial, como algo a muito esquecido, guardado e não utilizado. Encorajados em experienciar suas próprias formas de tocar, aos poucos foram vivenciando o toque de forma lúdica, através dos jogos e compreenderam e expressaram a necessidade de tocar e serem tocados, apropriando-se e praticando esta forma de contato.

A dança propiciou a vivência de uma linguagem não-verbal, na qual a pessoa depara-se com seu potencial gestual e de movimentação, trazendo-o, assim, à luz da consciência. Recupera ao homem a importância de seus gestos como um potencial criador. E, para que o homem realize este potencial, é necessário que cada um possa crescer em seu tempo vital, e possa amadurecer e integrar-se como ser individual e cultural (FUX, 1983: 89)⁶.

Junto aos usuários do CAPS, a dança e a expressão corporal apresentaram-se como uma atividade que despertou a vontade do autocuidado e um novo contato e aprendizado em relação aos próprios corpos - uma nova forma de prestar atenção na linguagem que o corpo nos ensina, nas necessidades de movimentação e na discriminação de sensações.

Em cada encontro, buscamos novas situações para estimular as possibilidades que estavam dentro de todos. O fundamental foi acreditar - mesmo quando nos deparamos com a aridez e com os desertos que as dificuldades do trabalho apresentaram - na nossa curiosidade e no potencial de investigar com paciência as questões que o grupo trazia.

No decorrer do processo, ficou clara a importância de realizar um trabalho pessoal antes dos encontros, onde eu pudesse trabalhar minhas tensões, apreensões e cansaços antes de ir de encontro ao grupo: era necessário que eu garantisse uma qualidade em minha disponibilidade para nossos encontros. Para tanto, realizei alguns relaxamentos, trabalhos com a eutonia, enfim, práticas

que me pusessem em sintonia pessoal e que me possibilitassem "dançar junto com eles".

Nas propostas de atenção em Saúde Mental, há a necessidade de muitas intervenções e projetos para a emancipação e tratamento que juntos se complementam. O trabalho corporal, a dança e a expressão corporal correspondem a uma possibilidade, a um pequeno tijolo dentro de uma rede muito complexa e carente de recursos.

CASTRO, E.D. Dance, body work's and self appropriation. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):24-32, 1992.

ABSTRACT

The body work's, and in special contents the dance, constitute one possibility on the treatment of people that search for psychiatric help. A study about dancing and body expression has been developed at Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira (CAPS-SP), along two years weekly meetings. A study program has been organized, fundamentally based on Rudolf Laban, Gerda Alexander and on the classes with Naísa França. The meetings has revealed, among other things, that this people take a great advantage of a moment in their treatment, possibiliting a living of the whole body in inner self-knowledge perspective, so as expression, allowing a disposition to the play, to communication with other, and to self-care.

KEY WORDS

Occupational Terapy, trends; Psychoterapy group, trends; Dancing, trends; Dancing, psychology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALEXANDER, G. *Eutonia: um caminho para a percepção corporal*. São Paulo, Martins Fontes, 1983.
2. ALVES, R. *Conversas com quem gosta de ensinar*. São Paulo, Cortez, Autores Associados, 1989.
3. BARROS, D. D. *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste*. São Paulo, 1990. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
4. BASAGLIA, F. *Scritti II*. Torino, Giulio Einaudi, 1981.
5. FELDENKRAIS, M. *Vida e movimento*. São Paulo, Summus, 1988.
6. FUX, M. *Dança, experiência de vida*. São Paulo, Summus, 1983.
7. LABAN, R. *Dança educativa moderna*. São Paulo, Ícone, 1990.
8. LABAN, R. *Domínio do movimento*. São Paulo, Summus, 1971.
9. MAY, R. *A coragem de criar*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.
10. MONTAGÚ, A. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo, Summus, 1988.
11. NEVES, M. R. de M. S. *Dança: arte do movimento para crianças deficientes auditivas*. São Paulo, 1987. Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
12. SILVA, R.J.G. Relato da minha experiência em dança. *In Curso da Dança Educacional*. São Paulo, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1988

Recebido para publicação em: 20/01/92

Aceito para publicação em: 05/02/92

O ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR A PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL: UMA PERSPECTIVA SÓCIO INTERACIONISTA

Marysia M.R.Prado*

Débora F.N.Rico**

PRADO, M.M.R. & RICO, D.F.N. O Atendimento interdisciplinar a pessoas portadoras de deficiência mental: uma perspectiva sócio interacionista. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):33-42, Jan/Dez, 1992.

RESUMO

Este artigo pretende apresentar, mais do que um relato de experiência, uma reflexão acerca do processo de institucionalização e tratamento de pessoas portadoras de deficiências e uma proposta de atendimento interdisciplinar a esta clientela, particularmente aos portadores de deficiência mental, a partir dos princípios sócio interacionistas apresentados pela Escola da Psicologia Soviética.

DESCRITORES

Terapia Ocupacional, tendências. Institucionalização, tendências. Instituições Filantrópicas de Saúde, Deficientes.

Durante muitos séculos as pessoas portadoras de deficiências física, sensorial e/ou mental, foram consideradas como seres diferentes, sub-humanos ou até possuídos diabolicamente. A sociedade agia com eles também de diferentes formas: destruindo-os, ocultando-os ou superprotegendo-os, até que adotou a solução de isolá-los em instituições custodiais, muitas das quais sobrevivem, ainda hoje, no Brasil.

Em nível teórico, os trabalhos existentes sobre temas relativos a esta população tratam, em geral:

- da avaliação e classificação das deficiências;
- de aspectos médicos, de ordem clínica, psiquiátrica, neurológica, genética, entre outros;
- da institucionalização das pessoas ditas "deficientes mentais leves e

* Docente do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Pedagoga. docente do curso de formação de professores de magistério, da EEPSG. Prof. Evandro Caiófa
** Endereço: Marisia M. R. prado - Rua Cipotânea, 51 - CEP 05360-000 - São Paulo, SP

moderadas" e também da precariedade dos serviços especializados de reabilitação;

- de questões sócio-culturais como o estigma, a discriminação, etc.

Contudo, muito pouco se tem escrito sobre a denominada "deficiência mental severa e profunda" e sobre a situação dos adultos, inclusive idosos, portadores de múltiplas deficiências; pouco se fala porque pouco se sabe. Contudo, estas pessoas constituem a maior parte da clientela atendida pela Casa 2 do "Centro Espírita Nosso Lar - Casas André Luiz". Será fundamentalmente a partir do trabalho lá desenvolvido que discutiremos as possibilidades de atenção terapêutico-ocupacional e educacional às pessoas portadoras de deficiências.

O Trabalho Institucional

O trabalho institucional é repleto de conflitos e contradições. Ao mesmo tempo em que o discurso oficial costuma reafirmar o objetivo de tratamento, educação e reintegração social, seu ponto de partida é a segregação e exclusão da população atendida e o movimento institucional ocorre no sentido de sua manutenção de forma restrita e total.

Sob o argumento da irresponsabilidade do indivíduo deficiente, o poder disciplinar atua de forma a manter a ordem, particularmente através da estruturação do cotidiano e da contenção física.

Embora a maior parte das pessoas seja internada buscando tratamento especializado, com mais de cinco anos de internação, em geral, não apresenta evoluções significativas em seu desenvolvimento global. Dessa forma, as crianças costumam ter prioridade de atendimento, mas aquelas que permanecem institucionalizadas, cedo ou tarde, também são excluídas do rol de prio-

ridades de atendimento por chegarem à condição de crônicos "irrecuperáveis".

Acreditamos que a internação ou permanência prolongada em uma instituição total não deveria existir, pois as pessoas portadoras de deficiências devem permanecer com suas famílias e inseridas na comunidade, tendo acesso a uma boa infra-estrutura básica de saúde e educação. Porém, existe uma situação de fato: nas Casas André Luiz existem pessoas com até 35 anos de internação e todas elas precisam de tratamento. Existe, efetivamente, vontade institucional e governamental para que se consiga desinterná-las com boas perspectivas de vida? Existe interesse das famílias em recebê-las de volta? Quais as suas capacidades e limites? O que se pode fazer nesta condição de institucionalização?

A Casa Dois

O "Centro Espírita Nosso Lar - Casas André Luiz" é uma instituição de caráter filantrópico e orientação religiosa. É uma sociedade civil de duração ilimitada e sem fins lucrativos, cujas atividades assistenciais destinam-se, entre outros objetivos, ao amparo de pessoas portadoras de deficiência mental, órfãs ou abandonadas, com ou sem outras deficiências associadas, independentemente da gravidade de seu quadro clínico. Aparece como uma instituição ímpar devido ao seu grande porte, características da população e quanto ao oferecimento de recursos físicos, materiais e humanos para o atendimento de uma população bastante numerosa e diversificada.

A Casa dois, localizada em Guarulhos - S.P., abriga cerca de 780 pacientes (fevereiro/93) em regime de internato, atendidos por uma equipe técnica multiprofissional e por ampla equipe de apoio (pajens, supervisoras, entre outros). Lá existem 4 pavilhões

que abrigam a população institucional, a qual encontra-se assim dividida:

- **Pavilhão 1:** homens não acamados, adolescentes e adultos (180 pacientes);
- **Pavilhão 2:** mulheres, acamadas ou não, adolescentes e adultas (167 pacientes);
- **Pavilhão 3:** homens acamados ou que utilizam cadeira de rodas, adolescentes e adultos (221 pacientes);
- **Pavilhão 4:** mulheres não acamadas e crianças (212 pacientes);
- **Pavilhão 5:** administração.

Consideramos que para implantar na Casa dois um novo programa de assistência às pessoas portadoras de deficiências é preciso transformar radicalmente suas formas de intervenção e até mesmo rever a estrutura jurídica da instituição, pois, mundialmente, os serviços da área da saúde se reorganizam no sentido da desconstrução das instituições totais.

No início de 1991 a gerência assistencial das C.A.L. proclamava sua disposição em iniciar um processo de abertura e transformação institucional. Para tal, solicitava a colaboração de várias universidades e, particularmente, do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP, tendo assumido a função de assessora da USP na área de Terapia Ocupacional a Prof^ª Assist. Marysia M.R.Prado.

Assim, diante desta proposta geral apresentada pela gerência assistencial da instituição, a partir de abril de 1991 começamos o processo da avaliação do setor de Terapia Ocupacional e a identificação da população atendida. Os problemas fundamentais observados inicialmente foram os seguintes:

-Embora a estatística mensal mostrasse um grande número de atendimentos no setor de Terapia Ocupacional, uma pequena parte da população institucional (menos de 10%), composta basicamente por pessoas portado-

ras de deficiência física sem um comprometimento mental grave, frequentava este serviço (alguns até duas vezes ao dia, todos os dias da semana). Eram excluídos aqueles que não tinham bom comportamento e que não "rendiam" ou "produziam" bem nos diversos programas, os que eram acamados e/ou considerados "deficientes mentais severos ou profundos"

-Os atendimentos eram (e continuam sendo) realizados, em sua maior parte, por auxiliares desqualificados para tal e não tinham cunho terapêutico, eram simples ocupação do enorme tempo disponível para evitar a ociosidade. O objetivo primordial era a obtenção de produtos materiais nas diferentes oficinas abrigadas que eram vendidos num bazar (procedimento comum nas instituições que atendem pessoas deficientes) e não efetivamente, a promoção da saúde física e mental; algumas atividades eram até mesmo impróprias para determinados internos devido aos seus comprometimentos físicos. Assim, principalmente os programas ditos de "profissionalização" não alcançavam este objetivo e ainda colaboravam para o agravamento de certos quadros clínicos.

Programas existentes até abril de 1991:

1. Oficina de Marcenaria.
2. Oficina de Trabalhos Manuais.
3. Oficina de Pregadores (sub-contrato).
4. Estimulação Primária.
5. Estimulação Secundária e Habilitação.
6. Treinamento de AVP(s).

Além destes problemas setoriais, observamos que apenas cerca de 50% da população institucional recebia atendimento especializado nos diferentes serviços da área clínica (equipe multiprofissional), sendo que a área médica tem uma rotina diferenciada, baseada principalmente no atendimento das intercorrências clínicas. Aquele

grupo, composto basicamente por crianças e por pessoas que têm suas capacidades globais relativamente preservadas, era atendido por vários setores enquanto que os demais internos continuavam sem estes atendimentos diretos, o que colabora para o seu processo de cronificação geral.

Os atendimentos prestados pela equipe multiprofissional ocorriam de forma quase que exclusivamente setorial, segundo orientações estabelecidas pela equipe responsável pelo setor. Como as diretrizes setoriais costumam mudar a cada nova equipe que se forma, existe uma extraordinária dificuldade em estabelecer e desenvolver programas de atenção global à clientela a médio e longo prazos. Sem interdisciplinariedade acaba ocorrendo uma duplicidade de esforços e serviços, impedindo sua expansão e comprometendo sua qualidade.

Assim, como havia naquele momento uma grande dificuldade de concretização de trabalhos interdisciplinares e inexistia um movimento institucional real no sentido da implantação de um projeto de reestruturação global, optamos por iniciar a intervenção institucional propriamente dita a partir da transformação do serviço de Terapia Ocupacional, mesmo sabendo das limitações intrínsecas ao processo de reformulação de programas setoriais.

Partíamos do princípio de que as atividades, para além da perspectiva de simples ocupação do tempo disponível, podem efetivamente se constituir em meios ou recursos de promoção da saúde física e mental e potencialização do desenvolvimento global. Foram então criados durante o 1º semestre de 1991 os seguintes programas de Terapia Ocupacional:

- 1) Cooperativa de Brinquedos.
- 2) Atelier Terapêutico.
- 3) Programa de Psicomotricidade e Atividades Lúdicas.
- 4) Centro de Vivências no setor de T.O.

Porém, nenhum destes programas foi implantado conforme havia sido planejado pois ocorreram os mais diversos problemas e situações conflitivas dentro e fora deste setor, como a alta rotatividade de profissionais (7 terapeutas ocupacionais num período de 2 anos), inexperientes no trato desta clientela e existência de auxiliares que tinham muitos anos de trabalho na instituição e que controlavam o serviço e o poder no setor, entre outros. Surgiram também fortes pressões de setores da administração pela manutenção dos velhos programas, pois consideravam que estávamos "destruindo o setor de Terapia Ocupacional" (sic) ao acabarmos com a oficina de pregadores (subcontrato com uma empresa) e eliminarmos o produtivismo da oficina de marcenaria - os dois "cartões postais" da instituição, mas que em nada contribuía para a melhoria da saúde da clientela.

Portando, foram criados novos nomes para antigas formas de atendimento pois, embora o número de pessoas atendidas tenha triplicado, a antiga orientação geral permaneceu.

Durante o primeiro semestre de 1991, aconteceu uma dinamização do serviço com o início do estágio profissionalizante de alunos do último ano do Curso de Terapia Ocupacional da USP. A partir de março daquele ano iniciou-se a busca de soluções para uma outra questão fundamental: a necessidade do atendimento, nos pavilhões, de um maior número de internos, particularmente dos acamados. Este processo deu origem ao "Centro de Vivências" do pavilhão III.

"Centro de Vivências"

O "Centro de Vivências" é um programa idealizado e implantado pela Profª Marysia com um grupo de cinco estagiárias do últi-

mo ano do Curso de Terapia Ocupacional da USP.*

Numa primeira etapa do trabalho foi realizado um levantamento de informações gerais sobre a população institucional e decidiu-se que seria implantado um trabalho dentro do pavilhão III devido ao grande número de internos acamados. Segundo estatística realizada pelo setor de Psicologia no 1º semestre de 1992, os internos do pavilhão III, num total de 226 pessoas, estavam assim classificados:

- limítrofe (QI 70-85) 1 interno
- leve (QI 55-69) - 3 internos
- moderado (QI 40-54) - 16 internos
- severo (QI 25-39) - 62 internos
- profundo (QI -25) - 144 internos

Embora estes dados não tenham sido determinantes na criação do novo programa, consideramos que eles podem ser vistos como indicativos do quadro de cronicidade daquela população. É interessante observar que 100% dos internos do pavilhão III são considerados deficientes mentais, sendo que 91% deles são classificados como "deficientes mentais severos e profundos". Contudo, grande parte dos internos é portadora de deficiência física, decorrente, principalmente, de comprometimentos neurológicos. Como esta não implica, necessariamente, num comprometimento mental, ou esta avaliação não está correta ou o próprio processo de institucionalização foi gerado deste quadro de cronificação da população internada - ou as duas opções!

Numa segunda etapa da implantação do C.V. decidiu-se, com a concordância da equipe técnica do Pavilhão III, que este trabalho destinar-se-ia a atender, inicialmente, aos internos dos quartos 42 e 44 na área externa aberta no andar superior, que é

acessível através de todos os seus 5 quartos (os quais têm, em média, 20 internos), duas vezes por semana, durante uma hora, em caráter experimental.

Baseadas nos princípios sócio-interacionistas, propostos por autores da chamada Escola da Psicologia Soviética - particularmente os trabalhos de Vygotsky - implementamos nossa proposta de intervenção, incomum dentro de uma instituição total, como as Casas André Luiz, mas que tinha como referencial a proposta dos Centros de Convivência implantados pela prefeitura do município de São Paulo. O objetivo básico era criar um espaço de convivência aberto, onde as pessoas pudessem interagir livremente e vivenciar diferentes atividades com diferentes tipos de materiais, como experiências enriquecedoras com o ambiente material e humano para tentar promover a saúde física e mental daquela população, minimizando seu processo de cronificação geral.

Durante muito tempo, desde o início da implantação deste programa, ouvimos certos comentários de técnicos e auxiliares, como:

"- Não vai dar certo, por isso não vou participar..."

- Isto é uma loucura...

Só serve para destruir material...

- Isto é uma recreação desorganizada...

- Não vamos levar estes brinquedos novos, vamos?...

- Esse menino não faz nada...

- Isto é uma sujeira..."

Enfim, técnicos e auxiliares demonstravam uma preferência pelo atendimento a indivíduos considerados educáveis e treináveis, individualmente ou em pequenos grupos, pois assim não teriam sujeira nem bagunça, o controle de comportamento seria mais eficaz e os materiais permaneceriam

* Alessandra R. Pinto, Cláudia R. Mirabile, Mi Rang Lee, Paulo G. Silva e Renata C. Pagano.

guardados. Desta forma, pessoas como as que são hoje atendidas no C.V. nunca teriam tal oportunidade. Contudo, mesmo com a incompreensão das pajens e da equipe técnica acerca do que estava acontecendo - aquilo era considerado por todos como uma "grande bagunça" - desde o início o número de internos que vinham até nós, inclusive dos outros quartos, foi muito maior do que o esperado, o que aumentava nossa determinação.

Acreditando na importância e necessidade de realização de trabalhos interdisciplinares e também porque éramos em poucas pessoas a atender um número crescente de internos, voltamos a convidar toda a equipe técnica para participar deste programa. Alguns foram conhecer e não voltaram, por não concordarem e/ou por terem ficado muito assustados com a "bagunça" mas não foram apresentadas sugestões nem propostas alternativas. A única que permaneceu foi a pedagoga Débora Rico e, mais tarde, chegou a terapeuta ocupacional, Letícia Reis, com auxiliares dos setores de Pedagogia e Terapia Ocupacional.

A partir de abril de 1992, procurando conhecer melhor os sujeitos com os quais iria atuar, esta equipe iniciou o registro dos distúrbios de conduta mais frequentemente observados:

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| Sonolência e Narcolepsia | ➔ Auto e hetero-agressão |
| Coprofagia | ➔ Negativismo |
| Pica | ➔ Timidez |
| Hiperfagia | ➔ Falta de sorriso social |
| Anorexia | ➔ Destrutividade |
| Hiperatividade | ➔ Comportamentos estereotipados |
| Debilidade psicomotora | ➔ Apatia |
| Enurese | ➔ Isolamento |
| Sucção do polegar | ➔ Masturbação constante |

| | |
|-----------------|--------------------------------|
| Onicofagia | ➔ Sialorréia |
| Tricotilomania | ➔ Ausência de fala articulada |
| Hábitos motores | ➔ Labilidade de humor rítmicos |

Durante as observações realizadas percebemos que muitas das capacidades (cognitivas, físicas, afetivas e de interação social) daquelas pessoas estavam subestimadas (mascaradas), como consequência do próprio processo de institucionalização. Em função disto, a orientação para os auxiliares era para que conversassem normalmente com os internos, perguntando-lhes sempre se gostariam de participar da atividade e deixando-os livres para decidirem quais as atividades que gostariam de realizar. A qualidade das interações era nossa preocupação fundamental e, na medida do possível, íamos tornando as atividades cada vez mais complexas.

Hoje, depois de 12 meses, verificamos que o trabalho no Centro de Vivências passou por várias fases, de forma qualitativamente crescente, são as seguintes:

Primeira Fase: "Destruição"

Nos pavilhões, os internos, normalmente, passam quase todo o dia em seus quartos, deitados ou, quando estão sentados, quase sempre se encontram contidos; quando verbalizam algo as pajens, em geral, lhes dizem "-Cala a boca"

No início da implantação do C.V., os internos monstavam-se assustados, arredios e temiam o contato físico; afinal aquilo era, para eles, assustador. Eles não aceitavam o toque ou a aproximação de alguém, respondendo com choro e hetero-agressão, isolando-se e se recusando a participar das atividades propostas. Alguns não aceitavam qualquer material e outras vezes suas reações eram imprevisíveis; se chegavam a pegar

um objeto, em seguida o atirava a distância, ou então ignoravam, aparentemente, os objetos e as pessoas. Muitos tinham acentuada labilidade da atenção e era grande o número de internos ambidestros. Eram comuns também as condutas de levar objetos a boca, mordendo e às vezes tentando comer, e os movimentos estereotipados de tronco e mãos. Grande parte dos que se expressam verbalmente tem ecolalia imediata e não mantém contato ocular. Quase todos quebravam os brinquedos, deixando-os irrecuperáveis.

Ao longo destes meses o número de internos nas atividades foi cada vez maior. Houve sessões onde chegamos a atender 76 internos na varanda, inclusive internos do andar inferior que iam para o C.V. arrastando-se, deambulando com dificuldade ou empurrando suas próprias cadeiras de rodas com as mãos e com os pés, além daqueles que eram retirados dos quartos por nós e pelas pajens e dos acamados que podíamos atender no leito. Muitos daqueles que não podiam se locomover do andar inferior ficavam nos chamando lá de baixo, mas não tínhamos tempo nem pessoal disponível para atendermos toda a população do pavilhão. Sabíamos que o tempo de duração do atendimento (1 hora) também era insuficiente, mas esperávamos que com mais técnicos e auxiliares participando o projeto pudesse ser expandido para todo o pavilhão III e demais pavilhões.

Outras dificuldades para a implantação do C.V.: falta de recursos materiais, principalmente brinquedos; falta de apoio e credibilidade por parte da equipe multiprofissional; não cooperação das pajens, que permaneciam alheias ao trabalho, entre outras.

Segunda Fase: "Esconde Esconde"

Nesta nova etapa do trabalho a fase de destruição diminuiu. Contudo, notávamos

que materiais desapareciam, pois vários internos passaram a esconder os objetos sob as roupas ou nas cadeiras de rodas.

Aumentaram as formas de comunicação verbal e não-verbal (sons guturais, gritos, gestos e expressões) que misturavam-se ao som de alguns instrumentos musicais. Aliás, as atividades mais solicitadas eram as brincadeiras com carrinhos e com instrumentos musicais e a pintura. Nossa impressão era de que o C.V. era um "centro de vida".

Uma história: J.A. permanecia sempre na cama. Com um quadro de Paralisia Cerebral, apresentava intensa movimentação involuntária. Recusava-se a ir até a varanda, dizendo: "-tenho medo, vou cair", debatendo-se contra as grades da cama e transpirando excessivamente. Só conseguia controlar seus movimentos fazendo uma contagem numérica, verbal, para que a pajem pudesse trocar sua roupa. J.A. recusava-se também a realizar qualquer atividade.

À medida que fomos estabelecendo um vínculo afetivo consistente, começou a nos chamar nominalmente, "-Ricardo, cadê a tia Marisa, cadê a Débra". A partir da 10ª sessão começou a solicitar atividades, dando preferência à pintura. Seus trabalhos eram fixados na parede próxima a sua cama e, então, ele sorria dizendo: "-Eu que fiz! Eu que pinte!". Aos poucos J.A. foi adquirindo maior controle sobre sua movimentação involuntária e transpirando menos. Hoje já participa muito mais ativamente das atividades grupais.

Terceira Fase: "Exploração e Descoberta"

Notamos que os internos estavam mesmo mudando. Começaram a vir até as sacolas, que eram colocadas no chão, para pegar os materiais e ao final dos atendimentos guardavam-nos, superando a apatia e passi-

vidade iniciais. Alguns internos passaram a explorar mais os brinquedos e outros materiais, chegando a alterar seus significados e a criar com eles situações imaginárias. O próprio J.A., sujeito da história citada anteriormente, chegou a cantar para o grupo utilizando um brinquedo (violão) como se fosse um microfone - alteração do significado do objeto lúdico, conferindo-lhe um sentido lúdico na situação imaginária.

Pessoas com graves comprometimentos físicos passaram a realizar atividades de formas "incomuns", como pintura com os pés e com a boca. Diminuíram os comportamentos de auto e hetero-agressão. Melhorou acentuadamente a participação das pajens nas atividades e a qualidade das interações humanas, entre outros aspectos.

Quarta Fase: "Expansão"

A partir de janeiro de 1993, o trabalho no Centro de Vivências estendeu-se para todo o Pavilhão III, com exceção da enfermaria, mas ainda sem a participação do restante da equipe multidisciplinar. Ao mesmo tempo iniciou-se a implantação do Centro de Vivências no Pavilhão II, com a participação, além da Terapia Ocupacional e Pedagogia com seus auxiliares, dos setores de Psicologia e de Fonoaudiologia e pajens.

Enquanto o PIII é um pavilhão masculino, o PII abriga mulheres, grande parte delas deficientes físicas acamadas com comprometimento mental acentuado. Este é considerado como o "pior" pavilhão da instituição (acentuada discriminação) porque lá estão abrigadas as internas consideradas de mal comportamento e maior comprometimento físico e mental. De qualquer forma, em função das características dessa população e ambiente a proposta do Centro de Vivências foi revista e adaptada, priorizando

o atendimento das internas que não eram atendidas nos diversos setores área da clínica.

Entretanto, constatamos que, embora tenha ocorrido uma expansão do trabalho e ele conte atualmente com a colaboração mais efetiva de pajens, supervisoras e equipe do Pavilhão II, sua fragilidade é ainda bastante significativa (apoio institucional relativo, falta de recursos materiais e humanos, etc.). Sua continuidade depende apenas da disponibilidade pessoal dos técnicos envolvidos, já que, infelizmente, constitui-se numa proposta pontual que não reflete uma verdadeira transformação institucional.

Conclusão: Refletindo a Partir da Prática

Os programas de habilitação ou reabilitação são estruturados, em geral, de forma a se modificar padrões de comportamento inadequados e alcançar metas individuais de aprendizagem de condutas e habilidades específicas e de adaptação à cultura e meio social ao qual o indivíduo pertence. Assim, espera-se do adulto que ele assuma responsabilidades, particularmente quanto à produtividade, mas como o adulto com deficiência mental não corresponde plenamente a este papel vê-se ainda mais excluído do grupo social.

A "reabilitação" costuma ser vista como sinônimo de serviço quando, no nosso entender, deve ser um processo no qual o indivíduo vai construindo estratégias para alcançar o que ele deseja. A equipe técnica deve ser um instrumento mediador neste processo, mas, em geral, ou não se envolve, ou participa dele de maneira doentia, impondo suas verdades sem humildade para aprender com os próprios sujeitos com os quais trabalha. Muitas vezes inclina-se à subestimação do indivíduo na tentativa de encobrir sua inexperiência ou incapacidade

de lidar com esta condição e, conseqüentemente, não permite ao indivíduo assistido comunicar-se a seu modo, agir e até pensar de forma autônoma. Superprotegido e visto como incapaz, ele acaba por condenado para sempre à infantilização. Contudo, para que haja interdisciplinariedade é necessário ter coesão de ideais e perspectivas, sem disputas medíocres, tendo como objetivo a melhoria das condições de vida da população.

A relação com os indivíduos com uma condição de deficiência deve nos levar a questionar no que consiste ser "normal" ou "anormal" e a pensar no quanto temos para fazer e descobrir, mas é preciso gostar de desafios! Precisamos também rediscutir o modelo tradicional de educar e tratar uma pessoa portadora de deficiência mental, repensando, particularmente, os testes, avaliações e classificações (rótulos) que lhe são impostas.

Consideramos que os testes dão uma idéia superficial do nível de desenvolvimento, mas não revelam a natureza do atraso nem conferem base segura para definições de métodos de tratamento. E o mais grave é que muitas vezes seus resultados, embora questionáveis e variáveis, determinados por técnicos que têm o poder de fazer as "rotulações", definem o futuro de uma pessoa.

Da mesma forma, muitas são as razões para que consideremos como inadequados os sistemas classificatórios usuais, como aponta PÉREZ-RAMOS(1982)¹:

"Em geral, as classificações são utilizadas para caracterizar grupos e não indivíduos, servindo como padrão de referência na identificação dos níveis de deficiência (...) A situação agrava-se quando se trata de indivíduos com níveis mais acentuados de retardo, já que, nestes casos, é frequente coexistirem outros tipos de transtorno, resultando quase impossível classificar essas pessoas apenas em um determinado grupo." (PEREZ-RAMOS, 1982:24)¹

Assim, a título apenas de ilustração, já que acreditamos que estas categorias não podem "traduzir" de forma alguma toda a complexidade existencial de uma pessoa portadora de deficiência mental, podemos fazer a seguinte correlação entre as classificações psicológica e pedagógica:

Deficiência Mental Leve

➔ Deficiente Mental Educável

Deficiência Mental Moderada

➔ Deficiente Mental Treinável

Deficiência Mental Severa

➔ Deficiente Mental Sub-treinável

Deficiência Mental Profunda

➔ Deficiente Mental Dependente

Se ficássemos presos a estas definições e às suas descrições dos níveis de desenvolvimento possíveis, poderíamos concluir pela total incapacidade da maior parte da população institucional das Casas André Luiz e pela impossibilidade de realização de qualquer programa de intervenção; mesmo o mais simplório programa de treinamento de alimentação seria inviável junto a esta clientela dentro deste complexo e problemático cotidiano institucional. Por outro lado, seja qual for o "lugar" do sujeito nestas classificações psicológica e pedagógica, os programas educacionais e terapêuticos costumam reafirmar a necessidade de ocupação do tempo ocioso de forma ordeira e produtiva; daí a ênfase em oficinas terapêuticas e pedagógicas.

O Centro de Vivências veio romper com estes limites à medida que não subestima as pessoas detendo-se em suas incapacidades. Assim propôs VYGOTSKY(1988)⁵, que segundo Luria:

"...concentrou sua atenção nas habilidades que tais crianças (deficientes) possuíam, habilidades es-

tas que poderiam formar a base para o desenvolvimento de suas capacidades integrais. Interessava-se mais por suas forças do que por suas deficiências (...) rejeitava as descrições simplesmente quantitativas de tais crianças, em termos de traços psicológicos unidimensionais refletidos nos resultados dos testes. Em vez disso, preferia confiar nas descrições qualitativas da organização especial de seus comportamentos.(VYGOSTKY, 1988)⁵.

O Centro de Vivências procura ser um espaço para a realização dos direitos de manifestação dos desejos individuais e coletivos ao mesmo tempo em que possibilita experiências enriquecedoras e criativas com o ambiente material e interações profundamente significativas para o desenvolvimento global dos participantes.

Esta perspectiva está também de acordo com Leontiev, segundo o qual o desenvolvimento global do ser humano, e particularmente o desenvolvimento psíquico da criança, dependem de suas condições reais de vida, ou seja, são determinados diretamente pelo desenvolvimento da atividade da criança, quer a atividade aparente, quer a atividade interna.(VYGOSTKY, 1988)⁵.

Ressaltamos aqui que atividade interna e atividade externa não ocorrem separadamente, mas são complementares. A atividade mental interior, mediada pela linguagem, parte da atividade exterior, mediada por instrumentos materiais (internalização), é reconstituída e precisa ser re-exteriorizada (objetivação).

Na combinação entre a atividade prática e a atividade psicológica, a articulação entre fala/linguagem e ação leva a uma nova organização estrutural da atividade prática e à organização das funções psicológicas superiores, assim como possibilita que o indivíduo se aproprie dos fenômenos e objetos que o circundam - o ser humano não se

adapta simplesmente ao mundo, como os animais, mas se apropria dele.

A atividade humana está relacionada às condições físicas e mentais do indivíduo, mas não depende apenas do seu "equipamento" motor, sensorial, fisiológico, etc. - a atividade humana está profundamente ligada à vida cultural e de relação, o que se torna ainda mais importante quando se trata das atividades desenvolvidas por pessoas portadoras de deficiências.

Por que o C.V. baseia-se em atividades lúdicas (jogos e brincadeiras) ?

Em primeiro lugar porque a atividade lúdica é fundamental para o desenvolvimento global do indivíduo (é "fonte de desenvolvimento"), pois compõem-se por 4 "elementos lúdicos" da dimensão humana - a situação imaginária, a interação criativa, a afetividade e o desejo (entendido enquanto motivação intrínseca) - que se constituem, se transformam e se articulam histórica e culturalmente com outros elementos extrínsecos ao sujeito (PRADO, 1991: 34-58)³

Em segundo lugar, é preciso considerar que geralmente os programas educacionais e terapêuticos voltados às pessoas com deficiência são planejados em função dos níveis de desenvolvimento já alcançados pelos indivíduos e, portanto, propõem a realização de atividades somente ao nível da concretude material, o que acaba por limitar o desenvolvimento do pensamento abstrato. Acreditamos que os programas terapêuticos e educacionais devem atuar, não simplesmente sobre os processos psicológicos já desenvolvidos (desenvolvimento consolidado) mas, sim, sobre as capacidades e funções emergentes (desenvolvimento proximal) para que ocorra a potencialização do desenvolvimento global. É mais do que qualquer outro tipo de atividade, as atividades lúdicas criam zonas de desenvolvimento proximal por lançarem as bases para o desenvolvimento das ações abstratas e das ações voluntárias, favorecendo a passagem para novas etapas qualitativamente superior-

res de desenvolvimento a partir da articulação, dialética entre "real" e "imaginário", entre processos internos e externos ao sujeito, entre fala/linguagem e ação.

Enfim, através da vivência lúdica os sujeitos poderão se desenvolver de forma global, apropriando-se do mundo de significados e de relações humanas. De nossa parte, não devemos ficar nos preocupando com o que seria educacional, psicológico ou terapêutico ocupacional, mas pensar que a brincadeira pode ser educativa e terapêutica se não limitarmos a capacidade criadora do indivíduo.

Agora perguntamos: onde estarão os outros indivíduos não internados nas C.A.L. portadores de deficiências, particularmente daqueles que são portadores de deficiência mental considerada "severa e profunda"? Certamente que não estão nas escolas espe-

ciais nem nas classes especiais dos Estados e municípios, pois lá não há lugar para eles. Devem estar confinados nos muitos hospitais psiquiátricos ainda existentes ou escondidos nas suas casas quando as famílias os mantêm junto a elas.

Por fim, pensamos que o Centro de Vivências tem sido uma das experiências profissionais mais importantes que já vivemos. Porém, não temos qualquer ilusão de que seja solução para os problemas institucionais - é apenas uma proposta alternativa de trabalho dentro do cotidiano de uma determinada instituição, nascida da detecção de seus problemas. Não acreditamos que haja uma outra saída possível que não seja a desinstitucionalização, tendo por base uma ampla e profunda reforma dos serviços de saúde e educação.

PRADO, M.N.R. & RICO, D.F.N. Interdisciplinary care of the mentally handicapped: a social interactional perspective. *Rev. Ter. Ocup. USP*, São Paulo, 3(1/2):33-42 jan/dez., 1992.

ABSTRACT

More than a report of experiences, this article intends to present a reflection about the institutionalization process and the treatment of people carrying deficiencies, besides to propose an inter-disciplinary assistancy to those people, specially to the ones who are carrying mental deficiencies, according to principles of the soviet school of psychology.

KEY WORDS

Occupational Therapy, trends. Institutionalization, trends. Voluntary Health Agencies. Handicapped.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PÉREZ-RAMOS, A. *Diagnóstico psicológico*. São Paulo, Cortez, Autores Associados, 1982, 198p.
2. PESSOTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo. Queiroz, EDUSP, 1984, 206p.
3. PRADO, M.M.R. *Des-cobrimo o lúdico*. São Paulo, 1991. 117 p. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Educação da Universidade de Campinas.
4. VYGOTSKY, L.S. *A formação social da mente*. São Paulo, Martins Fontes, 1984, 168p.
5. VYGOTSKY, L.S.; LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo, EDUSP, 1988. 228p.

Recebido para publicação em: 24/02/92

Aceito para publicação em: 15/04/92

INCIDÊNCIA DE AMPUTAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR, UNILATERAL: ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

CAROMANO, Fátima A. **

CASTELUCCI, Patrícia ***

LEBRE, Luciana P.M. ***

TAKAHASHI, Sandra Y.; *****

TANAKA, Clarice **

CAROMANO, F.A.; CASTELUCCI, P.; LEBRE, L.P.M.; TAKAHASHI, S.Y.; TANAKA, C. Incidência de amputação de membro inferior, unilateral, análise de prontuários. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):44-53, jan/dez., 1992.

RESUMO

Amputação é a perda ou retirada de um membro pela cirurgia, traumatismos e doenças. Diversos fatores influem tanto na opção por este procedimento, quanto na recuperação do paciente após a cirurgia. Acredita-se que estes fatores estejam relacionados ao nível da amputação, a idade, sexo, e biotipo do paciente, bem como da condição sócio-econômica, cultural e do sistema de saúde local. O objetivo deste trabalho foi identificar e correlacionar os fatores que influem na reabilitação de pacientes com amputação de membro inferior, unilateral, abaixo ou acima do joelho através da análise de prontuários. Elaborou-se um protocolo para coletar informações sobre a reabilitação de trinta e três pacientes, atendidos em dois centros de reabilitação: o Centro de Preservação e Adaptação de Membros de São Paulo e o Grupo de Prótese do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os resultados obtidos demonstram que em nossa amostra o nível da amputação está diretamente relacionado com a causa da mesma, e esta, com a idade e sexo dos pacientes. Já a proporção de pacientes com amputação devido a causas traumáticas e tumorais é menor do que nos apontou a literatura.

DESCRITORES:

Amputados, reabilitação. Amputação, estatística & dados numéricos. Fisioterapia, métodos. Prótese, reabilitação.

Introdução

* Graduanda do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
** Docentes do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
*** Professora colaboradora do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Endereço: Rua Cipotânea, 51 - CEP 05360-000 - São Paulo, SP

Amputação é a perda ou retirada de um membro pela cirurgia, traumatismos e doenças. As indicações para amputação são difíceis, complexas e, às vezes, contraditórias; só devendo ser utilizada quando não for possível a realização de outro tratamento reconstrutivo.

Dentre todas as amputações, as de membro inferior ocorrem em 85% dos casos (TOOMS, 1987)¹⁴. Suas causas mais comuns, em ordem de ocorrência são as seguintes:

- 1) Insuficiências vasculares periféricas: responsável por 80% de todas as amputações de membro inferior em indivíduos adultos. Dentre estas, segundo HELM et al (1986)⁷, a diabetes é responsável por 28% dos casos, a arteriosclerose por 68%, e outras razões como embolias, trombozes arteriais maciças por 10% dos pacientes (RUSSEK, 1980)¹¹.
- 2) Traumatismos: responsáveis por 10,6% das amputações ocorridas em membros inferiores.
- 3) Tumores malignos: responsáveis por 5,8% das amputações de membro inferior.

Estas três primeiras causas são responsáveis por mais de 90% das amputações de membro inferior (DUTHIE & BENTLEY, 1984)⁴.

- 4) Lesões nervosas: um membro com lesão nervosa importante, sobre o qual o paciente tem pouco ou nenhum controle, desenvolve frequentemente fenômenos de pressão e fricção. A amputação desse membro está indicada quando deixou de ser possível o controle médico de úlceras e infecções, e o membro passou a constituir uma ameaça para a função e a vida do paciente (RUSSEK, 1980)¹¹.
- 5) Mal formações congênitas: sua amputação profilática na infância, de-

pende da natureza e da extensão da deformidade (RUSSEK, 1980)¹¹.

- 6) Lesões térmicas: podem ser possíveis ocorrências de amputações tanto por queimaduras, como pelo frio, onde geralmente ocorre amputação devido a insuficiência vascular (RUSSEK, 1980)¹¹.

Nos amputados que apresentam como causa insuficiências vasculares periféricas ou tumores malignos, geralmente há um tempo que precede a amputação, no qual o paciente pode aceitar a necessidade de remoção do membro (LUNDBERG & GUGGENHEIM, 1986)⁸.

Já nos amputados de causa traumática, a cirurgia precede a compreensão dos fatos. Geralmente observa-se um certo grau de desintegração da personalidade do paciente, onde o alívio por estar vivo é acompanhado, inicialmente, pela negação da amputação (LUNDBERG & GUGGENHEIM, 1986)⁸. Uma realidade é certa para todos os amputados, a sua estrutura corporal foi irreversivelmente alterada, e os sentimentos de raiva, ansiedade, frustração e pena de si próprio estão presentes durante as primeiras semanas ou meses após a cirurgia.

O nível da amputação deve relacionar-se diretamente ao futuro uso de prótese. Segundo MATIOTTI & LIANZA(1985)⁹, a amputação terá resultados funcionais tanto mais satisfatórios, quanto mais baixa tiver sido realizada; obtendo-se maior braço de alavanca e menor alteração de equilíbrio muscular.

De maneira geral, os autores concordam que amputações acima do joelho ou bilaterais estão associadas a uma diminuição da funcionalidade. Segundo SUMMERS (1987)¹³, a descarga de peso sobre a prótese durante a marcha e os ajustes posturais são melhores em pacientes com amputação unilateral, abaixo do joelho, na faixa de 5%, quando comparada com amputações acima do joelho.

O nível da amputação em pacientes com tumores malignos é claramente determinada pela necessidade de erradicar a parte afetada pelo processo. Sendo necessário para isso, geralmente, níveis de amputação mais elevados (BOHNE, 1985)¹.

Já em pacientes com insuficiência vascular, o nível de amputação não está claramente determinado. Devendo-se então, para obter um bom resultado cirúrgico e evitar a ocorrência de uma segunda amputação, levar em consideração a boa vascularização da pele e dos tecidos remanescentes (BOHNE(1985)¹; STEINBERG et al (1985)¹²; FINCH et al(1980)⁵; COFFMAN (1986)²).

A faixa etária dos pacientes amputados varia dependendo da causa da amputação. Assim, doenças vasculares geralmente atingem uma faixa etária mais avançada. Já tumores malignos têm uma incidência variável, e acidentes traumáticos geralmente ocorrem em indivíduos mais jovens e sadios (LUNDBERG & GUGGENHEIM, 1986)⁸. Segundo HELM(1986)⁷, acredita-se que o prognóstico da amputação é pior em pacientes mais idosos, pois está associado a uma habilidade física desfavorável e a maior dependência social.

Do ponto de vista psicológico existem opiniões bastante controversas. DEMBO (1952)³, FRANK & HERDON (1974)⁶, acreditam que jovens amputados devido a traumatismos e tumores malignos apresentam uma depressão imediata após a amputação que vai se resolvendo gradualmente com o tempo. Em contraste, idosos amputados devido a insuficiência vascular evidenciam menor depressão inicialmente, mas apresentando maior dificuldade de ajustamento com o tempo.

No entanto, FRANK & HERDON (1974)⁶, contestam a teoria exposta anteriormente e afirmam que jovens geralmente apresentam mais conflitos, ansiedades, maiores dificuldades em integrar-se à sua nova condição. Enquanto que os pacientes

idosos apresentam menos conflitos pessoais e maior "tranquilidade" psicológica, além de terem melhor preparo para enfrentar as alterações de sua imagem corporal após a amputação.

A reabilitação do paciente amputado inicia-se logo após a cirurgia. Procedimentos com gesso e enfaixamento de coto têm objetivos de prevenir e reduzir o edema pós-operatório, adequar a forma do coto e acelerar o processo de cicatrização.

É importante, também, evitar o aparecimento de retrações que se instalam precocemente no coto de amputação, devido aos desequilíbrios gerados pela secção de alguns grupos musculares. Em pacientes com amputação de coxa, é necessário prevenir deformidades de abdução, flexão e rotação externa de quadril; e em pacientes com amputação de perna, deformidades em flexão de joelho.

Para isto deve-se, após o pós-operatório imediato, adequar o posicionamento do paciente no leito e mobilizar o paciente, a fim de manter a amplitude do movimento e as condições de trofismo muscular, tanto no membro amputado como nos demais segmentos corporais, além de evitar complicações respiratórias e cardiovasculares. O mais precocemente possível, o paciente deve assumir a posição ortostática para restabelecer o equilíbrio e adequar as condições vasomotoras e neurológicas destes pacientes.

Em muitos locais é realizado o treinamento com uma prótese provisória que, embora de condições rudimentares, além de ajudar a restabelecer o esquema corporal, acelera a colocação do paciente em posição ortostática, auxilia na remodelagem do coto e promove conscientização dos movimentos necessários ao desempenho funcional da prótese definitiva, de forma mais apropriada do que com os recursos anteriormente disponíveis.

A reabilitação protética é o período que consiste no apredizado da utilização da pró-

tese definitiva, na qual, o objetivo principal é a marcha. No programa fisioterápico será estimulada, inicialmente, a descarga de peso corporal sobre a prótese, no sentido ântero-posterior e latero-lateral, auxiliada pelas barras paralelas e em frente a um espelho para que possa observar a padronização postural.

A seguir, é introduzido o treino de "marcha estática" associando-se a noção previamente adquirida sobre transferência de peso corporal para a prótese e conhecimentos relativos ao controle do deslocamento de seus segmentos.

Posteriormente, é promovido o treino de "marcha dinâmica" inicialmente com apoio nas barras paralelas, a fim de que os passos se tornem simétricos, retirando-se progressivamente o apoio ou fazendo uso de bengala unilateral, quando se fizer necessário.

Conjuntamente, deve ser realizado treino para equilíbrio com a prótese, visando o treino de marcha fora das barras paralelas. O que se fará consecutivamente em terreno plano e em rampas e escadas, de início dentro do ginásio e posteriormente fora dele.

São ministradas, também, orientações com relação a mudança de decúbito, bem como atitudes laboriais e da vida diária, conferindo ao paciente autonomia necessária para o seu desempenho funcional na comunidade.

O objetivo desse trabalho é de analisar a incidência de amputação em membro inferior, unilateral, acima e abaixo do joelho, em relação ao descrito na literatura.

Metodologia

- *Sujeitos:*

população base desta pesquisa consiste de todos os pacientes com amputação de membro inferior acima ou abaixo do joelho, unilateral, devido a causas traumáticas, vasculares ou tu-

morais, que realizaram reabilitação entre os anos de 1989 e 1990 no Centro de Preservação e Adaptação de Membros de São Paulo e, no ano de 1991, no Grupo do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, num total de 33 pacientes. Não houve restrições com relação à idade ou sexo dos pacientes.

Dos 33 pacientes, 20 pertenciam ao sexo masculino e os outros 13, ao sexo feminino, abrangendo faixa etária entre três e oitenta e três anos de idade. Estes foram submetidos a treinamento de marcha com prótese, apresentando, na alta, bom padrão de marcha.

- Procedimentos: elaborou-se um protocolo constando de informações pessoais do paciente - sexo, idade, data de nascimento; fatores relacionados à amputação como nível, causa e tipo de prótese utilizada. Procurou-se registrar também a data da amputação, do início do tratamento fisioterápico e do treinamento com prótese, além da data de alta do paciente. Com objetivo de oferecer uma visão temporal da reabilitação do paciente, podendo-se ter noções como os intervalos entre a amputação e o início do tratamento fisioterápico, intervalos existentes dentro da reabilitação, etc...

O protocolo consta também do número total de atendimentos que o paciente recebeu durante sua reabilitação fisioterápica, destacando-se o número de atendimentos destinados especificamente para o treinamento de marcha com prótese. Cabe também neste ítem, registrar as intercorrências durante o tratamento com prótese, o que influencia diretamente no número de sessões realizadas.

O último ítem do protocolo refere-se à alta do tratamento fisioterápico, onde levou-se em consideração a condição de marcha do paciente, observando se este neces-

Tabela 1
Dados pessoais e da reabilitação de pacientes com amputação unilateral, abaixo do joelho

| Paciente | Sexo | Idade | Data de Amputação | Causa Amputação | Nº Total Sessões | Nº Sessões c/Prótese |
|----------|------|-------|-------------------|-----------------|------------------|----------------------|
| 01 | M | 03 | 16.11.90 | Trauma | 20 | 09 |
| 02 | F | 17 | 10.02.89 | Trauma | 09 | 09 |
| * 03 | F | 18 | 10.08.89 | Tumoral | 12 | 05 |
| 04 | F | 21 | 24.02.89 | Vascular | 16 | 06 |
| 05 | M | 24 | 05.12.79 | Trauma | 21 | 21 |
| 06 | M | 28 | 24.11.89 | Trauma | 07 | 07 |
| 07 | M | 31 | 06.01.89 | Trauma | 11 | 10 |
| 08 | M | 33 | 08.11.89 | Vascular | 20 | 11 |
| 09 | M | 38 | 24.10.89 | Vascular | 19 | 07 |
| 10 | F | 42 | 17.02.90 | Vascular | 20 | 15 |
| 11 | M | 44 | 28.10.89 | Vascular | 09 | 06 |
| 12 | F | 56 | 06.09.89 | Vascular | 29 | 10 |
| 13 | M | 60 | 03.11.89 | 15 | 07 | |
| 14 | M | 65 | 15.05.89 | Tumoral | 21 | 09 |
| 15 | M | 68 | 24.09.89 | Vascular | 07 | 07 |
| 16 | F | 69 | 23.08.87 | Vascular | 10 | 10 |
| 17 | M | 70 | 02.10.89 | Vascular | 22 | 12 |
| 18 | M | 70 | 12.03.90 | Vascular | 08 | 07 |
| 19 | F | 77 | 19.10.89 | Vascular | 25 | 14 |
| 20 | F | 83 | 01.11.89 | Vascular | 11 | 10 |

§ *pacientes pertencentes ao Grupo de Prótese do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.*

Os demais pertencem ao Centro de Preservação e Adaptação de Membros de São Paulo.

* *pacientes que fizeram uso anterior de pilão de gesso*

M masculino

F feminino

Tabela 2
Dados pessoais e da reabilitação de pacientes com amputação unilateral, acima do joelho

| Paciente | Sexo | Idade | Data de Amputação | Causa Amputação | Nº Total Sessões | Nº Sessões c/Prótese |
|----------|------|-------|-------------------|-----------------|------------------|----------------------|
| 01 | M | 13 | 27.07.89 | Tumoral | 13 | 13 |
| 02 | M | 25 | 18.11.89 | Trauma | 16 | 08 |
| 03 | M | 25 | 03.10.89 | Trauma | 14 | 11 |
| 04 | F | 30 | 00.00.89 | Tumoral | 05 | 05 |
| 05 | F | 42 | 14.09.89 | Trauma | 21 | 16 |
| 06 | M | 43 | 09.07.89 | Vascular | 28 | 15 |
| 07 | F | 46 | 13.09.89 | Trauma | 14 | 14 |
| 08 | M | 50 | 05.09.90 | Tumoral | 11 | 09 |
| 09 | M | 62 | 04.03.89 | Vascular | 24 | 14 |
| * 10 | F | 63 | 05.11.88 | Vascular | 45 | 10 |
| 11 | M | 65 | 04.07.89 | Trauma | 28 | 19 |
| 12 | M | 71 | 07.01.90 | Vascular | 25 | 19 |
| * 13 | F | 72 | 25.08.89 | Vascular | 19 | 04 |

§ *pacientes pertencentes ao Grupo de Prótese do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.*

Os demais pertencem ao Centro de Preservação e Adaptação de Membros de São Paulo.

* *pacientes que fizeram uso anterior de pilão de gesso*

M masculino

F feminino

sitava ou não de instrumentos de apoio como bengala, andador, muletas e outros.

No Centro de Preservação e Adaptação de Membros de São Paulo, teve-se acesso à ficha de fisioterapia de todos os pacientes atendidos no setor durante os anos de 1989 e 1990, num total de 27 pacientes que preenchiam os pré-requisitos estipulados pela pesquisa.

No Grupo de Prótese do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, teve-se acesso a dez dos prontuários de pacientes que tiveram alta de janeiro a julho do ano de 1991. Sendo então utilizados, nesta pesquisa, seis desses pacientes.

Resultado e Discussão

Os resultados obtidos através do levantamento de prontuários de pacientes com amputação de membro inferior unilateral, serão aqui registrados através de figuras e tabelas, para melhor ilustrar as diversas variações obtidas durante a pesquisa.

1) Causas:

A maioria dos casos de amputação estudados tinham como causa distúrbios vasculares (51,5%), notando-se, dentro desta amostra, uma grande proporção de pacientes diabéticos (41,0%).

As amputações por trauma mostraram uma média de 33,3% dos casos analisados, e as amputações por causas tumorais, tais como condro e osteossarcoma, uma proporção de 15,1% dos pacientes em questão. (Gráfico 1).

Assim como citado por RUSSEK (1980)¹¹, nossos resultados também apontam para distúrbios vasculares como principal causa de amputação de membro inferior, seguido dos traumas e tumores. No entanto, enquanto a proporção, deduzida da literatu-

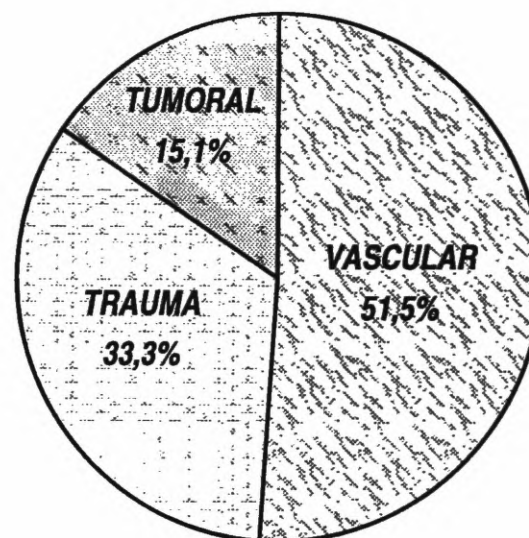


Gráfico 1
Causas de amputação

ra, de causas vascular, traumática e tumoral é de 8/1/0.6, a nossa é de 5/3/1.5, onde observa-se um significativo aumento nos índices de amputações por trauma e também por tumores, em contraste com a diminuição nos índices vasculogênicos.

2) Nível x causa de amputação:

Os gráficos 2 e 3 mostram que nos amputados acima e abaixo do joelho há um predomínio na amputação vasculogênica. Pacientes com amputação devido a causa tumoral apresentam-se em maior percentual, com nível acima do joelho, e, amputações devido a causa traumática mostram, mais ou menos, o mesmo percentual entre pacientes com nível de amputação acima e abaixo do joelho.

3) Causa da amputação x sexo dos pacientes:

Os gráficos 4 e 5 indicam que as mulheres apresentam maior tendência a amputação de origem vasculogênica (mulheres-61,5% e homens-45%). Já com relação a causa traumática, encontrou-se maior porcentagem entre os homens (homens-40% e

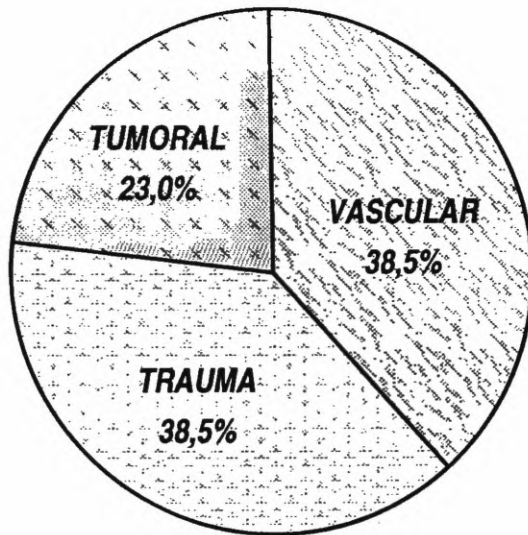


Gráfico 2
Amputados acima do joelho

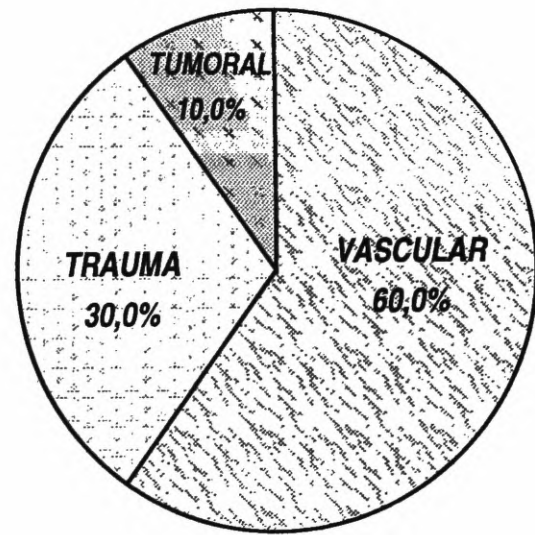


Gráfico 3
Amputados abaixo do joelho

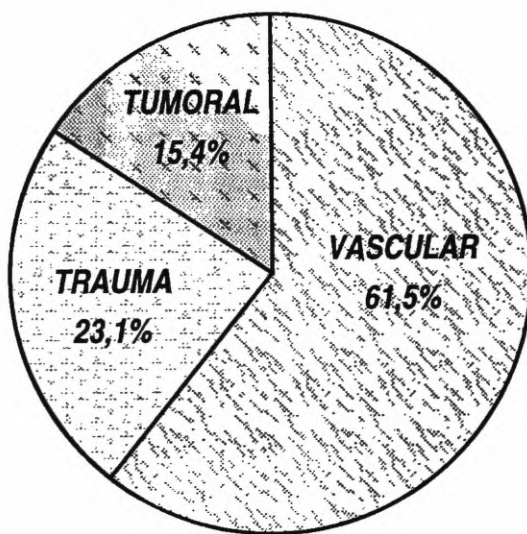


Gráfico 4
Mulheres

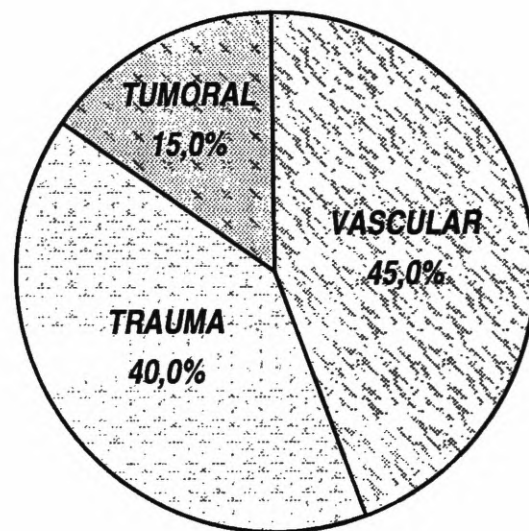


Gráfico 5
Homens

mulheres-23,1%). E as amputações de causa tumoral apresentaram a mesma incidência em ambos os sexos, isto é, por volta de 15,0% dos casos.

Em causas vasculares há maior incidência em mulheres e em indivíduos mais idosos, com predomínio a partir da quarta década de vida, onde são mais frequentemente encontrados comprometimentos vasculares

como: arterioesclerose, complicações vasculares devido a diabete, e outros.

4) Causas da amputação x idade dos pacientes:

O gráfico 6 demonstra uma correlação entre o número de pacientes em cada faixa etária e causas de amputação. Os gráficos 6 (pacientes com amputação abaixo do joelho), 7 (pacientes com amputação acima do joelho), e 8 (total de pacientes amputados =

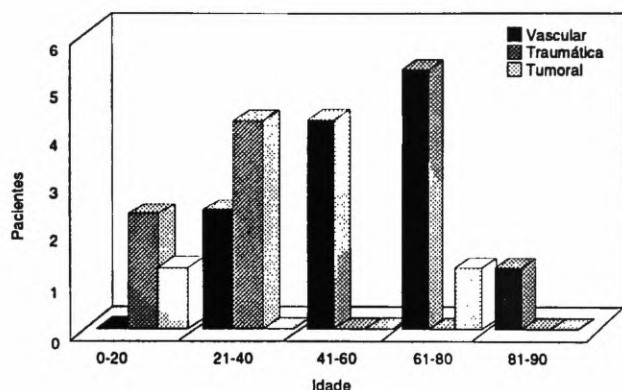


Gráfico 6
Amputação abaixo do joelho:
relação causa e idade

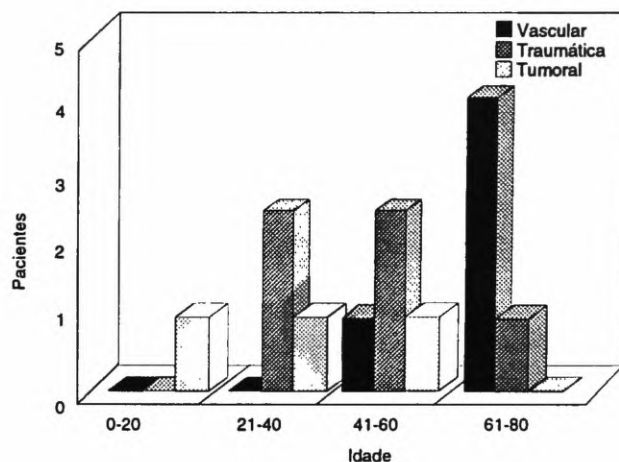


Gráfico 7:
Amputação acima do joelho:
relação causa e idade

1 + 2), mostram que pacientes com amputação devido a causa traumática apresentam-se entre faixas etárias menores, isto é, são pacientes mais jovens, observando-se decréscimo do número de pacientes conforme aumenta-se a faixa etária analisada.

Pacientes amputados devido a causa vascular encontram-se geralmente em faixas etárias mais avançadas, notando-se, no gráfico, aumento do número de pacientes, conforme aumenta a faixa etária analisada. E, pacientes amputados devido a causa tumoral, apresentam distribuição mais homogênea com relação à faixa etária afetada, encontrando-os em quantidade equivalente em todas as faixas etárias, com exceção a pacientes acima de 80 anos de idade.

Ainda analisando-se as causas de amputação, conforme citado por LUNDBERG & GUGGENHEIM (1986)⁸, observou-se também neste trabalho que as mesmas estão diretamente ligadas à idade e ao sexo dos pacientes, principalmente em relação a causas traumáticas e vasculares.

Entre as causas traumáticas há uma maior incidência em indivíduos jovens que, teoricamente, estariam em sua fase de vida de maior produtividade e atividade física.

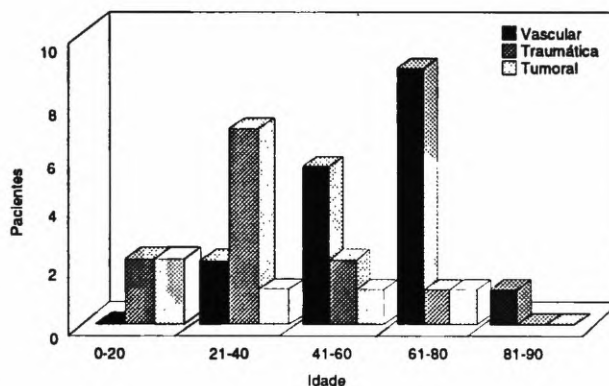


Gráfico 8
Total de pacientes amputados:
relação causa e idade.

Dentre estes, observa-se predomínio em indivíduos do sexo masculino.

Já em causas tumorais, não se observou variações em relação ao sexo e idade dos pacientes, devido a própria incidência desta patologia, onde nota-se distribuição indiferente tanto em homens quanto mulheres, e atingindo a todas as faixas etárias, embora haja, segundo ROSAI(1982)¹⁰, maior incidência de condrossarcoma em pacientes entre 10 e 25 anos, e de osteossarcoma entre 30 e 60 anos de idade.

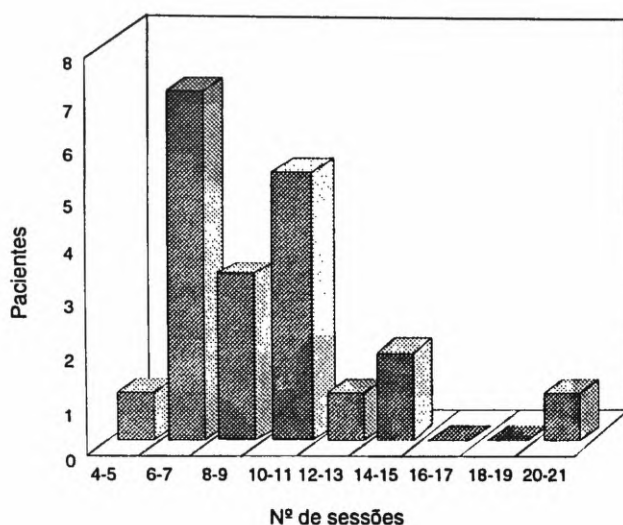


Gráfico 9
Amputação abaixo do joelho: relação entre nº de pacientes e nº de sessões para treino com prótese.

5) Número de pacientes x número de sessões para treino com prótese.

Os gráficos 9 e 10 mostram a relação entre o número de pacientes que apresentam diversos números de atendimentos para treinamento com prótese, não se levando aqui em consideração variações individuais como faixa etária, sexo, etc... observando-se que a grande maioria dos pacientes amputados abaixo do joelho apresentam média de atendimentos entre 6 e 11 sessões, com pico entre 6 e 7 sessões.

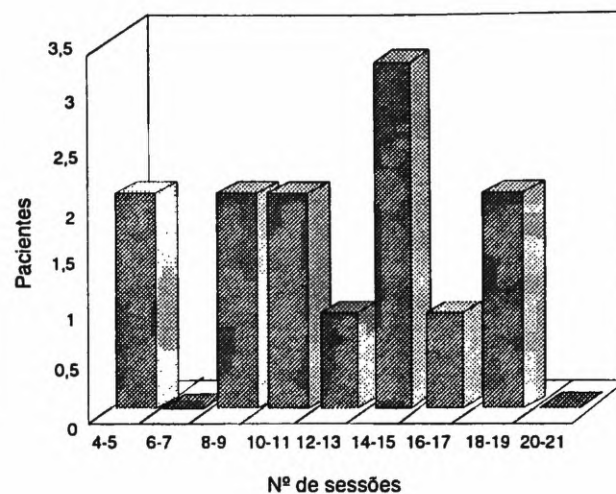


Gráfico 10
Amputação acima do joelho: relação entre nº de pacientes e nº de sessões para treino com prótese.

Já os pacientes com amputação acima do joelho apresentam número médio de sessões entre 18 e 15 atendimentos.

Um fator que deve ser aqui destacado é a utilização prévia de pilão de gesso em três pacientes que fizeram parte da amostra desta pesquisa. Notando-se que em todos estes, sua média de atendimentos para treinamento com prótese era bem inferior à média encontrada nos outros pacientes que apresentavam as mesmas características que estes, e que não fizeram uso de pilão de gesso.

ABSTRACT

Amputation is the loss or getting off a member by the surgery, traumas and disease. Several factors influence as in the option by this procedure as in the recuperation of the patient after the surgery. It is possible that these factors are in relation to the amputation level, age, sex and patient's biotype, considering the socio-economic condition, cultural and the local health system as well. The objective of this work was to identify and correlate the factors that influence in the rehabilitation of the patients with lower extremity amputation, unilateral, under or over the knee by the analysis of the promptuaries. It was made a protocol to collect information about the rehabilitation of 34 patients treated in two rehabilitation Centers: Centro de Preservação e Adaptação de Membros de São Paulo and Grupo de Prótese do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. The obtained results demonstrate that in our sample the amputation level is directly related with to its cause, and this one, to the age and sex of the patients. Never the less the proportion of patients with amputation due to traumatic or tumoral causes is less than it was shown by the literature

KEY WORDS

Amputees, rehabilitation. Amputacion, statistics & numerical data. Physycal Therapy, methods. Prothesis, rehabilitation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOHNE, W.H.O. Amputation surgery in the aged. In: SCULCO, T.P. *Orthopaedic care of the geriatric patient*. New York, Mosby, 1985, p.309-22.
2. COFFMAN, J.D. Doenças dos vasos periféricos. In: CECIL, R.L. et al. *Cecil: tratado de medicina interna*. 16. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986, v.1, p. 318-37.
3. DEMBO, T.; LADIEU-LEVITON, C.; WRIGHT, B.A. Acceptance of loss amputation. In: GARRET, J.F. *Psychological aspects of physical disabilities*. Government Printing Office, 1952.
4. DUTHIE, R.B. & BENTLEY, G. Amputations and prosthetics. In: *Mercer's orthoepedic surgery*. 8.ed., Austrália, Edward Arnold, 1984. p. 1097-136.
5. FINCH, D.R.; MAC DOUGAL, M.; TIBBS, D.J.; MORRIS, P.J. Amputation for vascular disease: experience of peripheral vascular unit. *Br. J. Surg.* 67:233-7, 1980.
6. FRANK, J. L. & HERDON, J.H. Psychiatric orthopedic liarsion in the hospital management of th amputee war casualty. *Int. J. Psychiatr. Med.* 5:105-14, 1974.
7. HELM, P.; ENGEL, T.; HOLM,A.; KRISIANSSEN, V.B.; ROSENDAHL, S. Function after lower limb amputation. *Acta Orthop. Scand.* 57:154-7, 1986.
8. LUNDBERG, S.G. & GUGGENHEIN, F.G. Sequelae of limb amputation. *Adv. Psychosom. Med.* 15:199-210, 1986.
9. MATIOTTI, M.L.V. & LIANZA, S. A reabilitação do amputado. In: *Medicina de reabilitação*. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 1985, p. 121-32.
10. ROSAI, J. Tumores e condições pseudotumorais do osso. In: ANDERSON, W.A.D. & KISSANE, J.M. *Patologia*. 7. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982, v. 2 p. 1618-47.
11. RUSSEK, A.S. Amputados. In: BASMAJIAN, J.V. *Terapêutica por exercícios*. 3. ed., São Paulo, Manole, 1980, p.503- 28.
12. STEINBERG, F.U.; SUNWOO, I.; ROETTGER, R.F. Prosthetic rehabilitation of geriatric amputee patients: a follow-up study. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 66:742-5, 1985.
13. SUMMERS, G.D.; MORRISON, J.D.; COCHRANE, G.M. Amputee walking training: a preliminary study of biomechanical measurements of stance and balance. *Int. Desabil. Stud.* 10:1-5, 1987.
14. TOOMS, R.E. General principles of amputation. In: CAMPBELL, W.C. *Campbell's operative orthopaedics*. 7. ed. New York, C.V. Mosby, 1987.

Recebido para publicação em: 11/11/91

Aceito para publicação em: 23/02/92

Divulgando Projetos e Experiências

"CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: A METAMORFOSE COMO ESTRATÉGIA"

Jonas Melman*

MELMAN, J. Centro de Atenção Psicossocial: a metamorfose como estratégia. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2): 54-59, jan/dez., 1992.

RESUMO

Este trabalho se propõe a refletir criticamente a cerca do percurso institucional do Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, unidade da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo voltada ao atendimento de usuários com graves distúrbios psíquicos, em geral, quadros psicóticos. São discutidos alguns elementos importantes no que se refere ao debate atual sobre os paradigmas e os modelos de atenção em psiquiatria.

DESCRITORES

Psiquiatria Comunitária, tendências. Saúde Mental. Serviços Comunitários de Saúde Mental, tendências.

"Num mundo onde importam a especialização e a produtividade; que nada ve senão ápices, almeçados pelos homens em uma espécie de limitação linear; que emprega todas as suas energias na solidão gélida desses ápices, despresando tudo o que está no plano mais próximo - o múltiplo, o autêntico -, que não se presta a servir ao ápice: num mundo que proibe mais e mais a metamorfose, porque esta atua em um sentido contrário à meta da produção - ...num tal mundo, que se poderia caracterizar como o mais cego de todos os mundos - parece de fundamental importância a existência de alguns que, apesar dele, continuam a exercitar o dom da metamorfose".

(Elias Canetti)

Maio de 1991. Chovia muito em São Paulo. Estava me preparando para ir embora quando Márcio, um jovem usuário me intercepta na varanda do Centro de Atenção.

Primeiro, estende a mão. A pergunta imediata esquenta o encontro casual.

— O Centro de Atenção é um hospital-dia, uma clínica psiquiátrica, uma empresa ou um clube ?

Márcio esbanja um sorriso maroto. Eu me calo, reflexivo.

Questão polêmica. A equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), desde a sua criação, vem debatendo exaustivamente sua identidade. É surpreendente como o jo-

* Médico psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial
Endereço: Rua Itapeva, 700 - CEP 01332-000 - São Paulo, SP.

vem rapaz coloca o problema, introduzindo novos elementos na discussão.

Inicialmente tive um impulso de responder simplificadaamente que o CAPS era uma espécie de hospital-dia. Espécie rara, ainda em fase de desenvolvimento.

Resisti à tentação.

O termo clínica psiquiátrica é vago e não diz muita coisa. A referência à noção de empresa era provocativa e provavelmente estava ligada aos projetos de cooperativas de trabalho que introduziram a questão da produção e do dinheiro na vida institucional. Restava a alternativa do clube, talvez a mais simpática.

Pensei um pouco mais e gaguejei:

- Acho que o CAPS é uma mistura disso tudo.

Fui para casa insatisfeito com a resposta. Procurei no "Aurélio". Clube - do inglês "club": local que, em geral, conta com edificações para a realização de esportes, danças, encontros sociais, atividades recreativas, etc. Lembrei das festas, das apresentações do grupo de teatro, do laboratório de música, da cerâmica, das brigas e das brincadeiras no corredor, das conversas engraçadas na mesa do refeitório, dos passeios ao Ibirapuera, ao Guarujá.

Aceitei a provocação do Márcio e resolvi discutir mais profundamente o processo de organização de uma instituição pública voltada para o atendimento à uma clientela que apresenta sofrimento mental grave, classificados em geral, como portadores de quadros psicóticos pela psiquiatria clássica.

O nascimento do Centro de Atenção Psicossocial Luis da Rocha Cerqueira em março de 1987 está diretamente relacionado a uma reforma administrativa promovida pela Secretaria de Saúde do Estado, que resultou na extinção da coordenadoria de Saúde Mental, abrindo a possibilidade de utilizar a antiga sede Divisão de Ambulatórios para uma atividade assistencial.

Um pequeno grupo de profissionais formulou um projeto que, em linhas gerais, propunha-se a atender a uma parcela dos usuários dos serviços de Saúde Mental que apresentavam graves distúrbios psíquicos, e não encontravam pelos mais diferentes motivos, um tratamento intensivo e satisfatório, em regime aberto, na rede pública. Na maioria das situações de crise, em função da falta de alternativas concretas, o hospital psiquiátrico se constitui no único recurso disponível.

A expressão Centro de Atenção Psicossocial era uma novidade em solo brasileiro, recém chegada da distante Nicarágua pós-revolucionária. A princípio, como tudo que é inédito e desconhecido, a utilização da expressão gerou muitas dúvidas, confusões e resistências. Muitas pessoas usavam o termo de hospital-dia no lugar de Centro de Atenção, inclusive dentro da própria equipe.

Inicialmente a unidade atendia aos usuários em regime de meio período, das 8 às 12 horas. Nesta época o atendimento se organizou basicamente através de várias oficinas abertas que possibilitavam aos usuários um contato mais livre com os diferentes materiais disponíveis: papel, tinta, tecido, lã, argila, madeira, entre outros. É muito provável que na concepção desses espaços abertos de expressão da subjetividade dos participantes era forte a influência da experiência de Nise da Silveira, na Casa das Palmeiras, no Rio de Janeiro. Além disso, a equipe ainda reduzida, oferecia à clientela atendimentos individuais e grupais, acompanhamento medicamentoso, atividades recreativas e de expressão corporal.

Somente em agosto de 1988, após várias crises e mudanças dentro da equipe ampliou-se o horário de atendimento, incluindo o período da tarde. O CAPS passou, então, a funcionar das 8 às 17 horas, de 2ª à 6ª feira.

Diferenças individuais quanto à formação técnica, disponibilidade para o trabalho

e experiências anteriores somaram-se às dificuldades administrativas, financeiras, salariais e políticas do serviço público.

Houve muita discussão, muito conflito. Muitas horas foram ocupadas no confronto das idéias e das propostas. Buscávamos o melhor caminho, o melhor modelo.

Descobrimos que a vontade de mudar e o esforço no trabalho não são suficientes para reformar a psiquiatria.

Percebemos que as práticas e as teorias científicas que fundamentam o manicômio podiam invadir sorrateiramente os ambulatórios, os centros de saúde, as enfermarias em hospitais gerais.

Na maioria destes espaços alternativos ao hospital psiquiátrico, as práticas das equipes multiprofissionais acabam se organizando numa estanque divisão de tarefas, constituindo uma espécie de "taylorização" do trabalho em saúde mental, uma linha de produção onde cada especialista ocupa o seu lugar. A soma de diferentes especificidades profissionais não significa a transformação do modo de funcionamento institucional, que pode acabar reforçando a codificação de um sofrimento em doença mental.

Até o século XVIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era vista como pertencendo as quimeras do mundo. Podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas extremas e perigosas.

É a partir do século XIX que a loucura, transformada em doença mental pela psiquiatria, passa a ser reconhecida como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. Nasce o hospital psiquiátrico:

"lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doença são divididas em compartimentos que lembram uma vasta horta. Mas também es-

paço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão" FOUCAULT(1988)⁵.

A medida que o trabalho no CAPS foi ganhando corpo, espessura, foi se tornando evidente a necessidade de se opor ao processo de constituição da loucura como doença mental. Era preciso produzir uma crítica epistemológica tanto das abstrações teóricas como dos instrumentos terapêuticos. Era fundamental reconhecer e enfrentar os elementos que constituem o chamado modelo médico em psiquiatria - a separação entre corpo e mente, a objetivação do homem doente, a separação entre homem doente e a globalidade de suas necessidades, o isolamento social e cultural, a desapropriação dos direitos do doente, a delegação aos técnicos de toda competência sobre a doença e o corpo doente.

Obviamente quando se critica o modelo médico não se está negando a validade da intervenção médica. Nos últimos anos inúmeras pesquisas científicas relativas ao tratamento dos psicóticos apontam para a necessidade de cuidar do episódio agudo, assegurar uma monitoração apropriada da medicação, oferecer espaços de elaboração psicológica e ainda ajudar na reconstrução das possibilidades de convívio social.

O que parece fundamental em relação à prática dos psiquiatras é estimular no interior da sua cultura médica um novo equilíbrio entre objetividade e subjetividade, entre atenção ao evento patológico individual e necessidade de colocá-lo na justa perspectiva histórica, cultural e social.

Quando o intuito é a apreensão do homem que sofre em todas as suas dimensões, sem reduzir sua complexidade, parece que o convívio íntimo e cotidiano com este homem é uma atitude sensata. Creio que optamos em construir um saber a partir desta intimidade. Não se tratava de afirmar a neu-

tralidade, mas a possibilidade de deixar aparecer livremente as demandas desse sujeito.

As atividades do dia a dia com os usuários assumiram um papel estratégico, revelador, guiando a instituição em seus passos, garantindo a desmontagem de inúmeras idéias pré-concebidas de lidar com a loucura.

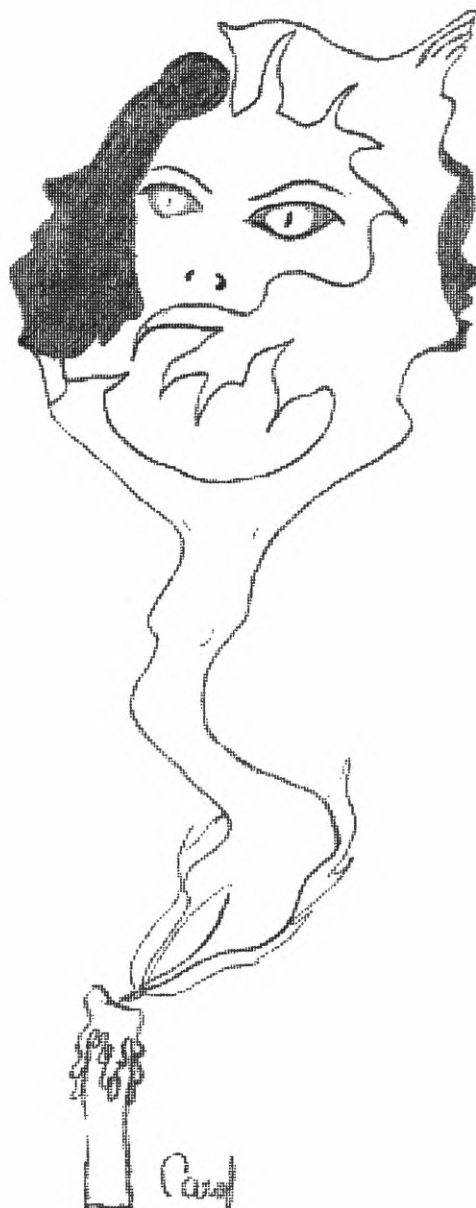
O cotidiano, os pequenos gestos, os encontros, os esbarrões no corredor, aquilo que sobra no final do dia, passam a ter um sentido e valor.

Aos poucos questões como alimentação, jogos, dinheiro, conflitos interpessoais, moradia, trabalho, lazer, problemas jurídicos, regras institucionais, família; foram adquirindo o status de instrumento terapêutico.

Nesse sentido, a "Reunião Geral dos Pacientes e dos trabalhadores do CAPS" pode ocupar um lugar privilegiado onde todas estas questões podiam emergir. Espaço de troca, de participação, de elaboração das contradições do real. Lugar onde é possível experimentar novos arranjos nas relações de poder entre os atores institucionais.

O problema da "porta" talvez represente um dos exemplos mais ilustrativos do processo coletivo vivenciado nesta Reunião Geral. Aproximadamente durante dois anos a porta do CAPS era trancada. A chave era o símbolo do poder. Justificavamos o procedimento alegando o risco de fugas ou de furtos. A porta fechada delimitava o perigo, o inusitado, o incontrolável, o imprevisível. Foram muitas as reuniões de equipe, mas partiu dos usuários a proposta que modificou radicalmente aquela situação. A porta permaneceria aberta a livre circulação e caso um paciente não estivesse bem, apresentando risco, a porta seria fechada até que seu estado de saúde melhorasse.

Curiosamente a abertura da porta mudou a imagem da instituição. Os usuários ganharam as ruas, os parques, as lanchone-



tes, o MASP (Museu de Arte de São Paulo, fica na Av. Paulista, próximo ao CAPS). Um senso de responsabilidade e confiança foi gradativamente substituindo o poder da chave.

Com o fortalecimento do trabalho fomos entendendo que o usuário e sua família deveriam ser o centro da nossa atenção. Dentro da equipe foi se consolidando a idéia que o que está em discussão na demanda daquele que nos procura não é uma doença, mas uma pessoa em desequilíbrio, uma subjetividade, uma singularidade.

Nesta perspectiva a tarefa da equipe seria conhecer esse homem no campo da com-

plexidade, facilitando seu processo de descoberta de um modo menos doloroso de auto-expressão para ele e sua família, e acompanhando a transformação de sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento.

A singularização do tratamento, isto é, a construção invenção de um projeto terapêutico singular e específico para cada pessoa, implica numa maneira de compreender de que modo cada uma das várias dimensões envolvidas no fenômeno da loucura e do sofrimento se articulam.

Cada projeto marca uma autoria, uma forma peculiar de manipular os recursos disponíveis.

Um grande salto qualitativo no trabalho foi experimentado pelos operadores do Centro quando se percebeu que as diferenças poderiam se tornar valiosos instrumentos de produção e reprodução da diversidade. Abandonou-se a idéia do melhor modelo. Abriu-se a possibilidade para a multiplicação dos modelos e dos projetos.

O núcleo terapêutico do CAPS desenvolve na atualidade os seguintes procedimentos: atendimentos psicológicos individuais e grupais, grupos terapêuticos que utilizam atividade expressiva, atendimentos nucleares à familiares, acompanhamento medicamentoso, laboratórios de teatro, música, argila e marcenaria (coordenados por especialistas nas respectivas atividades), passeios coletivos e atividades ligadas ao lazer, além de visitas e atendimentos domiciliares.

Há aproximadamente um ano introduzimos o acompanhamento terapêutico como mais um recurso, através da contratação de cinco estagiários. As intervenções terapêuticas no espaço extra-institucional tornam-se cada vez mais importantes. O lugar onde se dá uma ação terapêutica pode ser na casa da pessoa, no bar da esquina, no MASP, no Parque Trianon, no Fórum, todos os espaços

onde os sujeitos exprimem e exercitam sua subjetividade.

Este movimento de ampliação da complexidade da clínica tem estimulado a plasticidade dos operadores.

Elias Canetti no ensaio

"O ofício do poeta", caracteriza os poetas como os guardiões de metamorfose: "o poeta não é guiado por nenhuma regra consciente, e sim por uma fome inexplicável. Uma vez que se abre para seres humanos os mais distintos, e os compreende da maneira mais antiga, pré-científica, ou seja, através da metamorfose...- pois não coleciona seres humanos, não os coloca ordenadamente de lado, mas depara com eles e, vivos, os acolhe". CANETTI, 1990

"Graças a um dom que foi universal e hoje está condenado à atrofia, e que precisariam por todos os meios preservar para si, os poetas deveriam manter abertas as vias de acesso entre os homens. Deveriam ser capazes de se transformar em qualquer um, mesmo no mais ínfimo, no mais ingênuo, no mais importante". (CANETTI, 1990)²

O conceito de metamorfose pode ser entendido como um processo de identificação singular: não se é o outro para se renunciar a si mesmo, não se abandona a própria pele para se entrar na pele do outro. A identidade pessoal permanece afirmada na metamorfose.

O CAPS vem se tornando cada vez mais um laboratório de experiências, lugar de construção de um saber a partir daqueles que foram rejeitados, daqueles que não fazem sentido, a sobra, o lixo.

Trabalho de "bricolage". Colagem dos pedacinhos. Remontagem de sentido e de valor. A busca meticulosa do tesouro contido na desordem, no caos.

Esta "arquitetura da atenção", esta "clínica sem imagem de clínica" pode e deve estar a serviço do processo de emancipação e reprodução social dos sujeitos envolvidos. Falo de uma clínica no plural, hostil à massificação, à redução do objeto.

Neste poli-contexto, nesta ampliação geográfica e espacial, vários mitos se desmancham, e começa a nascer uma nova cultura. Cultura da diversidade, da produção do desejo, da qualidade de vida.

MELMAN, J. Psychosocial Attention Center: Metamorphosis as a strategy. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):54-59, jan/dez, 1992

ABSTRACT

This service proposes to critically reflect the institutional course of "O Centro de Atenção Luiz da Rocha Cerqueira" (The Luiz da Rocha Cerqueira Psychosocial Attention Center), a branch of the São Paulo State Health Department aimed at treating patients with serious psychological disturbances in general psychotic cases. Some important aspects regarding the current debate on paradigms and examples of assistance in psychiatry are discussed.

KEY WORDS

Community Psychiatry, trends; Mental Health; Community Mental Health Service, trends.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASAGLIA, F. Análise cultural dell modello médico. In: *La prática terapêutica tra modello clinico e riproduzione sociale*. Pistoia (Itália), Cooperativa Centro Documentazione, 1987. 1ª parte - 2º capítulo, p.13-20.
2. CANETTI, E. A consciência das palavras. São Paulo. In: CANETTI, E. "*O Ofício dos Poetas*" São Paulo, Companhia das Letras, p.275-286).
3. CAVALCANTI, M.T. O tratamento do paciente esquizofrênico crônico. *J. Bras. Psiquiatr.*, 40(2):53-63, 1991.
4. FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva, 1989.
5. FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 7. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1988.
6. LIN MU, et al. Day treatment and psychotropic drues in the aftercare of schizophrenic patients.
7. MECHANIC, D. The challange of chronic mental illness: a retrospective and prospective view. *Hosp. Commun. Psychiatr.*, 37:91-901, 1986.
8. MEYERSON, A.T. et al. What's a new in aftercare? A review of Recent Literature - *Hosp. Commun. Psychiatr.*, 34:333-41, 1983.
9. SANTOS, L.G. dos. *Tempo de ensaio*. São Paulo, Companhia de Letras, 1989.
10. ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo, Hucitec, 1990.

Recebida para publicação em: 04/05/92

Aceita para publicação em: 07/07/92

Um Espaço de Pintura

Cláudia Cristina Pulchinelli *

Fernando Carlos Santaella Megale **

Simone Granado Alonso ***

PULCHINELLI, C.C.; MEGALE, F.C.S.; ALONSO, S.G. Um espaço de pintura. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):60-64, jan/dez., 1992.

RESUMO

No tratamento das psicoses têm-se utilizado técnicas não-verbais, expressivas, de caráter terapêutico cujo objetivo principal é a possibilidade desses pacientes construírem um processo próprio onde cada um possa se reconhecer. Este trabalho relata a experiência de um projeto multiprofissional - Espaço de pintura - realizado por três aprimorandos no Centro de Atenção Psicossocial. Observou-se que este espaço serviu como lugar de referência para que, esses pacientes, por meio da pintura, se confrontassem com sua produção e a partir disso pudessem construir um sentido próprio.

DESCRITORES

Distúrbios psicóticos. Psicoterapia. Saúde Mental.

De março de 1991 até fevereiro de 1992, realizou-se no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS - em São Paulo, um curso de aprimoramento na área de Saúde Mental, cujos participantes formavam uma equipe multiprofissional com terapeuta ocupacional, enfermeira e psicólogo. Foi proposto aos aprimorandos a criação de um projeto que resultou no Espaço de pintura, elaborado entre os meses de março e maio de 1991 e realizado nos meses subsequentes.

Pensamos em criar uma atividade diferenciada daquelas que a instituição já proporcionava aos pacientes. Objetivou-se um espaço com características próprias, onde o paciente encontrasse condições para poder vivenciar uma determinada atividade como instrumento para emergir seu processo indi-

vidual. Escolhemos, dessa forma, a pintura porque esse ato possibilitaria a construção de um processo para cada paciente, que tivesse um sentido para o mesmo. Acreditávamos que o processo de cada um, através da pintura nesse espaço, surgisse como forma de produção, de reconhecimento e de comunicação.

A pintura tem-se mostrado um importante instrumento tanto de análise quanto terapêutico. FREUD(1910)², na obra "Uma Recordação da infância de Leonardo da Vinci", resume a história psicológica do pintor por meio de uma de suas pinturas.

"A pintura possui o seu próprio valor terapêutico especial. Quando a pintura flui, amiúde o mesmo ocorre com a emoção." (OACLANDER, 1978)³. Não se trata de

* Terapeuta Ocupacional

** Psicólogo

*** Enfermeira

Endereço: Rua Itapeva, 700 - CEP 01332 - São Paulo, SP.

fazer arte, mas de produzir um efeito sobre si próprio (SILVEIRA, 1981)⁵. Especificamente em relação ao tratamento das psicoses,

"a experiência também nos demonstra que a pintura pode ser utilizada pelo doente como se fosse um verdadeiro instrumento para reorganizar a ordem interna e ao mesmo tempo reconstruir a realidade" (SILVEIRA, 1981)⁵.

Portanto, há uma idéia a respeito da pintura, a de que, através do ato de pintar de cada indivíduo, sua subjetividade possa ser revelada.

Segundo Jean Oury - em entrevista realizada em 14/02/89 na Clínica de La Borde, França - "O psicótico tem problemas que se referem à dificuldade de se investir no espaço, de habitar um lugar, de habitar um corpo. E todo o trabalho é reelaborar, refazer um lugar para que o psicótico possa estar em alguma parte ... É o que chamamos de enxerto de espaço".

Esse autor coloca como condição para a formação do campo transferencial; a liberdade de circulação; a existência de locais estruturados e concretos como os ateliers; a possibilidade de contratos facilmente reversíveis de entrada e de saída; um acolhimento permanente dispendo de referências simbólicas e de mediações.

Assim pensamos que o Espaço de pintura deveria ter um enquadre próprio, um lugar que permitisse o livre acesso dos pacientes dentro de um horário determinado, porém que preservasse a possibilidade do sujeito entrar ou sair; um local onde o material estivesse exposto, com os coordenadores presentes. Diante desse enquadre, o lugar dos coordenadores determinaria a forma de estruturação e o próprio sentido do projeto, lugar esse de sustentação e/ou suporte do espaço, o qual possibilitaria que a atividade da pintura acontecesse.

A estruturação do espaço necessitava, em alguns momentos, ser maleável e permitir modificações em seu conjunto. O mesmo ocorreu com os coordenadores que, em vista da sustentação e de possibilitar a pintura aos pacientes, precisavam fazer uso de estratégias diversificadas como parte de sua função. Além disso, não podemos esquecer que alguns pacientes demandavam de um ou outro coordenador, um manejo diferenciado que, em nossa hipótese, fazia parte da transferência tanto com o espaço quanto com o coordenador.

Para ilustrar contaremos fragmentos de histórias que se criaram neste espaço; uma paciente frequentava poucas vezes a pintura, quando ia, ficava apenas alguns minutos. Pegava uma folha, olhava para os outros, fazia um rabisco, resmungava alguma coisa e ia embora. Numa dessas idas, um dos coordenadores sentou-se ao seu lado e começou a conversar. Ela dizia que não sabia desenhar, que não tinha aprendido. Junto com o coordenador, inicia então uma série de pinturas nas quais desenha a si própria, sua família, o coordenador e outras pessoas. Fala de sua história, que sua mãe nunca lhe ensinou a desenhar, que nunca aprendeu a fazer nada. Aos poucos a presença do coordenador já não é tão necessária, e ela parte para fazer outras pinturas, sua casa, o jardim, um arco-íris, suas mãos. Num outro momento, tira os desenhos de sua pasta e, admirada, reconhece e verbaliza a diferença entre os primeiros trabalhos e os últimos.

Uma outra paciente também precisou de um manejo diferenciado dentro do espaço. No início solicitava pintura a dedo e apresentava dificuldade em permanecer no grupo e ao mesmo tempo em fazer o seu trabalho individualmente. Começamos então com uma atenção específica no sentido de que, através desta, ela pudesse encontrar um espaço próprio, mesmo em contato com os demais pacientes e, ir conseguindo ficar na atividade. Os trabalhos foram passando Da pintura

a dedo aos de colagem com pintura, num movimento de destruir e construir, a desenhos mais estruturados, e as figuras começam a aparecer. Aos poucos ela foi podendo estar no espaço e no grupo, realizando a própria atividade e, através dos desenhos, expressando-se com mais clareza. Esses dois fragmentos revelam aspectos fundamentais da estrutura do espaço, o acolhimento e a maleabilidade que existiu por parte dos coordenadores, permitindo a criação de um vínculo, e o início do processo.

Neste espaço, "pintar seria agir" (SILVEIRA, 1981)⁵. Através do ato de pintar e das possibilidades que essa atividade oferece, surgem alternativas das mais diferentes formas. Desde o convite "o espaço de pintura está aberto" até o conseguir realizar um trabalho, expressar-se, comunicar-se. O sujeito percorre um caminho de alternativas; quando entra na sala, depara-se com o material exposto, com o qual estabelece uma relação de escolha, do que ele irá usar para conseguir expressar-se. O lápis, as folhas, o pedido de um material que não se encontra exposto, pode revelar fragmentos de sua história, que se juntará a esse processo. E nesse pintar inicia-se então um caminho que vai tomando forma, as vezes claro, as vezes obscuro, e que ora precisa ser repetido muitas vezes para chegar a ter sentido para este sujeito. E aí está o que a pintura também nos oferece, as imagens que se concretizam e depois, com o tempo, contam uma história. É um movimento que surge ocasionando "um estado de fluidez, de atitude a se abrir as metamorfoses e ao devir" (SILVEIRA, 1986)⁶.

Dessa forma, observa-se que essa possibilidade de pintar, de criar, surgia também como uma outra possibilidade, a de reconstruir uma história que, se não estava completamente perdida, Há muito não se ouvia falar. Histórias de subjetividades marcadas e caladas, que podiam pela pin-



tura, manifestar suas angústias, juntar seus fragmentos.

O ato de pintar servia como ponto de ancoragem desses elementos fragmentados e possibilitava assim, a construção de um processo, processo daquele sujeito com a pintura. Processo esse que, de algum modo, fazia sentido e sustentava o próprio vínculo que esse sujeito mantinha com o espaço.

Um dos elementos importantes na constituição do Espaço de Pintura foi que este passou a ser, dentro do cotidiano da instituição, um lugar de referência para alguns pacientes, cada um com sua forma específica de se relacionar com o espaço e com a questão da pintura. Uns entravam e saíam diversas vezes, outros ficavam esperando a hora de abrir o espaço para que pudessem começar suas produções. Uns com muita dificuldade de pintar, outros como se conhecessem aqueles materiais há muito tempo. E o Espaço de Pintura estava aberto a todas essas diferenças, a todos esses caminhos percorridos de modos particulares.

Um paciente assíduo à pintura utilizava-se de revistas, livros, recortes de jornal, onde encontrava figuras a serem copiadas. Suas pinturas eram cópias. Um dos coordenadores apontava esse movimento ao paciente, que lhe respondia ter feito desenho técnico, o que parecia justificar sua cópia. Após algum tempo, liberta-se dessas figuras e começa a fazer suas próprias produções. Ele próprio chama o coordenador para expor essa mudança. Aos poucos, suas imagens vão se configurando, com características específicas. Desenha um rosto que, ora parece de mulher, ora de homem. Transforma os rostos, altera a sua própria expressão facial no ato da pintura. Estabelece um compromisso consigo próprio e com a pintura. Constrói um sentido, experimenta diversos tipos de materiais, concentra-se na atividade, por vezes esquece do horário de término.

Outro paciente manteve durante um período de crise, uma relação importante com

a pintura. Quando foi admitido no Centro de Atenção, estava desorganizado, confuso, com pensamentos delirantes. Passou a frequentar a pintura, e seus desenhos eram formas abstratas, indefinidas, que preenchiam completamente a folha; fazia movimentos rápidos, bruscos, seus traços eram coloridos. Falava muito pouco com os coordenadores, as vezes tentava explicar o que desenhava, contudo não conseguia. Após 2 ou 3 meses, deixou um bilhete na mesa da sala de pintura, dizendo que havia arranjado um emprego e que não viria mais. No contexto mais amplo, seu contrato foi resumido a um acompanhamento médico a cada 15 dias.

Como outro exemplo, trazemos um paciente que, logo no início de seu tratamento, começa a frequentar a pintura, revelando nos seus desenhos figuras isoladas parecendo não ter ligação entre si. Depois, parte para as linhas e cores que começam a configurar a abstração onde ele parece mais envolvido, trabalha com cores fortes, com linhas e formas as mais diversas, transformando-as. Passa então a procurar, nesse abstrato, figuras que fazem sentido para ele; são figuras percebidas apenas por si próprio em seus desenhos. (SILVEIRA, 1981)⁵

Assim, percebe-se que o caminho percorrido pelos pacientes que frequentaram o Espaço de Pintura, iniciou-se com a possibilidade de situarem-se nesse espaço, realizarem a sua pintura, construiram seu processo e história.

Tal experiência nos permite tecer algumas considerações importantes. Primeiro, percebemos que o Espaço de Pintura, estruturado em sua forma específica, abarcou um complexo conjunto de manifestações e vínculos, ou seja, o espaço foi continente. Essa característica que chamamos de continência, é um elemento fundamental do Espaço, pois, a partir daí, surgiu a possibilidade de se estruturar e de se organizar uma história,

que tinha sentido para cada paciente. Uma história constituída neste espaço, que representava o seu próprio processo e o seu próprio caminho.

Marcamos também uma diferença entre a nossa experiência e outros grupos de atividade. Formou-se um espaço em grupo onde caminhos individuais foram traçados e para os quais, os coordenadores estavam atentos a tais diferenças. Este lugar de coordenador, que denominamos um lugar de sustentação, teve como diretriz a possibilidade de que esses pacientes pudessem des-

cobrir seu caminho no contato com a pintura. Observamos também, que a pintura, aí inserida, proporcionou esta construção, demonstrando assim seu sentido terapêutico.

A elaboração do projeto em equipe permitiu maior discussão e reflexão, através dos diferentes posicionamentos dos profissionais sobre a questão da psicose, da atividade e da pintura. Isto possibilitou manejos próprios a cada coordenador, sem perder os objetivos centrais do projeto, permitindo uma outra forma de pensar o trabalho.

PULCHINELLI, C.C.; MEGALE, F.C.S.; ALONSO, S.G. Picture's space. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):60-94 jan/dez., 1992.

ABSTRACT

In the psychoses treatment has been used no-verbals and expressives technical method which main objective is the possibility of this patients grow up a owner process where each one can recognize himself. This work report the experience of multiprofessional project - Picture's space - realized for 3 trainees of CAPS. We could observe that this place where the patients, through of the pictures, they could confront their works and afterwards to build a owner direction.

KEY WORDS

Psychotic disorders. Psychotherapy. Mental Health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FLEMING, M. *Ideologias e práticas psiquiátricas*, Portugal, Ed. Afrontamento, 1976. (Coleção crítica e Sociedade).
2. FREUD, S. *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância*, 1910. In; *Obras completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago, 1970. v.11
3. OAKLANDER, V. *Descobrendo crianças*, São Paulo, Summus, 1978.
4. SERPA, Jr.O.D.; CAVALCANTI, M.T. *Entrevista com J. Oury*, França, 1989. Clínica La Borde, (mimeografado)
5. SILVEIRA, N. *Imagens do inconsciente*, Rio de Janeiro, Alhambra, 1981.
6. SILVEIRA, N. *Casa das palmeiras. A emoção de lidar: uma experiência em psiquiatria*. Rio de Janeiro, Alhambra, 1986.

Recebido para publicação em: 06/04/92

Aceito para publicação em: 17/06/92

ASPECTOS DA INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL NO AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA DE ADOLESCENTES

Jaqueline Maria Domingues*

DOMINGUES, J.M. Aspectos da intervenção de Terapia Ocupacional no Ambulatório de Ginecologia de Adolescentes. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):65-71, jan/dez., 1992.

RESUMO

O trabalho apresenta aspectos da intervenção da Terapia Ocupacional na área de Ginecologia de Adolescente, caracterizada por oferecer uma abordagem abrangente em saúde, através da introdução de práticas grupais e corporais em um trabalho articulado por uma equipe interdisciplinar. Realizando os grupos de sala de espera, constituídos de aproximadamente 10 pacientes ingressantes no serviço, e o grupo corporal com suas atividades organizadas quinzenalmente, composto por 8 pacientes portadores de patologias ginecológicas diversas, busca-se criar um trabalho pioneiro no campo da ginecologia e da saúde da adolescente. Este trabalho é desenvolvido no Ambulatório de Ginecologia de Adolescente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, serviço este supervisionado pelo prof. Dr. Alvaro C. Bastos e coordenado pela Dra. Albertina Duarte Takiuti.

DESCRITORES:

Terapia Ocupacional, tendências. Adolescência. Psicoterapia de grupo, tendências. Ginecologia.

Introduzindo

O mundo do adolescente tem sido descrito por alguns autores como uma fase transitória; como período de passagem entre a infância e a fase adulta. A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) entende adolescência como a segunda década da vida (10 a 19 anos), onde o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas. Porém, mais que um período cronológica-

mente rígido, devemos considerar a adolescência como um processo essencialmente dinâmico, de maturação bio-psicossocial do ser humano.

Para ABERASTURY(1966)¹, essa fase do desenvolvimento compele o adolescente a realizar perdas, caracterizadas por 3 lutos fundamentais:

- 1) o luto pela perda do corpo infantil, base biológica da adolescência, vi-

* Terapeuta Ocupacional. T. O. Esp. FMUSP
Endereço: Rua Oscar Freire, 1549 - apto.41 - Pinheiros -SP

venciado pelo indivíduo como mudanças externas, frente as quais sente-se como expectador impotente;

- 2) o luto pelo papel e identidade infantis que o obrigam a uma renúncia à dependência e a uma aceitação de responsabilidades que muitas vezes desconhece e;
- 3) o luto pelos pais da infância, que o adolescente tenta persistentemente reter em sua personalidade buscando o refúgio e a proteção que eles representam.

A partir da reflexão sobre a questão da adolescência, consideramos que também no campo da Ginecologia é importante uma abordagem global da adolescente, uma vez que os conflitos nesta fase são múltiplos e intensos, podendo muitas vezes aparecer representados no corpo. Desta forma, a equipe interdisciplinar de saúde do ambulatório de ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina-Universidade de São Paulo, busca promover um trabalho pioneiro no campo da saúde do adoles-

cente. Este trabalho caracteriza-se por oferecer às pacientes que o procuram, buscando atendimento ginecológico, uma abordagem mais abrangente em saúde, através da introdução de práticas grupais em um trabalho articulado por uma equipe interdisciplinar. Os grupos oferecidos são: de sala de espera, de anticoncepção, de retorno, de família, corporal, de escrita e leitura, entre outros.

A inserção do profissional Terapeuta Ocupacional neste ambulatório, coordenando juntamente com outros profissionais da equipe, os grupos de Sala de Espera e Corporal, vem contribuindo para o desenvolvimento desse novo campo de trabalho. As práticas desenvolvidas nos permitem olhar não apenas os aspectos fisio-patológicos, mas também os aspectos psicológicos, sociais e culturais do adolescente. Consideramos que este trabalho caracteriza-se como inovador na área de Ginecologia de adolescentes, podendo ampliar e renovar o campo de atuação do Terapeuta Ocupacional. A produção dessa nova prática requer do pro-

PRINCIPAIS QUEIXAS GINECOLÓGICAS APRESENTADAS PELAS PACIENTES DO AMBULATÓRIO.

| QUEIXAS | Nº | % |
|-----------------------------|-----|------|
| CORRIMENTO | 54 | 20,9 |
| IRREGULARIDADE MENSTRUAL | 41 | 16,0 |
| CAROÇO NO SEIO | 33 | 12,8 |
| DOR EM BAIXO VENTRE | 28 | 10,8 |
| ORIENTAÇÃO P/ ANTICONCEPÇÃO | 28 | 10,8 |
| CÓLICA MENSTRUAL | 18 | 07,0 |
| ATRASO MENSTRUAL | 17 | 06,7 |
| COCEIRA NA VAGINA | 07 | 02,7 |
| NAO CONSEGUE ENGRAVIDAR | 07 | 02,7 |
| MENSTRUAÇÃO INTENSA | 06 | 02,3 |
| DOR NA MAMA | 06 | 02,3 |
| NAO MENSTRUA | 06 | 02,3 |
| FERIDA NO UTERO | 04 | 01,5 |
| SEIOS GRANDES | 03 | 01,1 |
| TOTAL | 258 | 100% |

fissional o investimento tanto prático como teórico na medida em que não existe literatura específica nessa área para o Terapeuta Ocupacional.

Grupo de Sala de Espera: Elemento Inicial de Promoção de Saúde

Este grupo é o primeiro espaço terapêutico oferecido à adolescente que chega ao serviço. Constituído de aproximadamente dez pacientes e dois terapeutas, um psicólogo e um terapeuta ocupacional. Acontece uma vez por semana, com duração de uma hora. Nesses encontros as adolescentes trazem queixas que as levaram a procurar o atendimento ginecológico: irregularidade menstrual; cólica menstrual; caroço no seio; atraso menstrual; dor na mama, entre outras.

O trabalho, iniciado em abril de 1992, parte de uma proposta de grupalização com o objetivo de tranquilizar as adolescentes para a consulta ginecológica; apresentação do trabalho e dos profissionais que compõe a equipe e o esclarecimento de possíveis dúvidas. Assim a pergunta feita pelos profissionais é "PORQUE ESTÃO AQUI?", como resposta obteve-se a queixa da doença. Na tentativa de romper a ênfase comumente dada pelas adolescentes à doença, repensamos o nosso trabalho e estabelecemos que, como parte da dinâmica pediríamos para que falassem à respeito de: "QUEM ELAS SÃO"; "O QUE GOSTAM DE FAZER" "E COM QUEM". Com isso perguntamos à respeito da PESSOA, de como é sua individualidade; de como estabelece suas relações, e assim não estamos apenas enfocando a doença.

Encontrar com alguém da mesma faixa etária, vivendo os mesmos conflitos, as mesmas ansiedades, os mesmos medos é dividir esses conflitos e assim poder pensar

formas para se viver esse momento da adolescência.

No Grupo de Sala de Espera as adolescentes são recebidas e ouvidas, criando-se o vínculo inicial, para poder facilitar o processo de tratamento, podendo ser continente e oferecendo possibilidades de reflexões e transformações para esse duro e mágico processo da adolescência (PICHON-RIVIERE, 1982)¹². Assuntos como: a menstruação; a anticoncepção; o transar; o engravidar; o ser mulher; entre outros, são discutidos. Percebe-se que por trás das queixas iniciais, há muitas necessidades relacionadas ao complexo conjunto de questões emergentes desenvolvidas pelas grandes modificações corporais e o início da atividade sexual.

O trabalho grupal favorece um aumento qualitativo e quantitativo na estrutura vincular, assim como um redimensionamento das possíveis transferências e identificações; além de possibilitar uma vinculação entre o social e o individual. O dispositivo grupal coloca a adolescente numa situação em que ela pode compartilhar problemáticas semelhantes, retirando-a de sua solidão social, além de contribuir para que saiam da paralisia diante do processo de vida, em que nesse momento, estão colocadas como expectadoras e venham se transformar em protagonistas de suas histórias, levando-as ao movimento, que as permite sair do adoecimento para a saúde.

Outro aspecto relevante no processo de tratamento é o estabelecimento de vínculos. A formação do vínculo auxilia na realização de uma atividade e a atividade facilita e transforma o vínculo terapeuta-paciente. Pode-se assim, transformar o vínculo paciente-mundo; pois o significado dado pelo paciente àquilo que faz, dá sentido à sua existência.

Acreditamos, que com a multiplicidade de vínculos, estamos também oferecendo diversos fatores que poderão estabelecer elos com a saúde. A consolidação da equipe

interdisciplinar é fundamental, bem como o trabalho grupal. Oferecendo diferentes formas de vínculos, estaremos favorecendo a identificação precoce de fatores de risco em nível tanto grupal como individual. Podendo, assim, ser o elemento inicial de promoção da Saúde através do fortalecimento de fatores protetores, contribuindo para a participação social do adolescente.

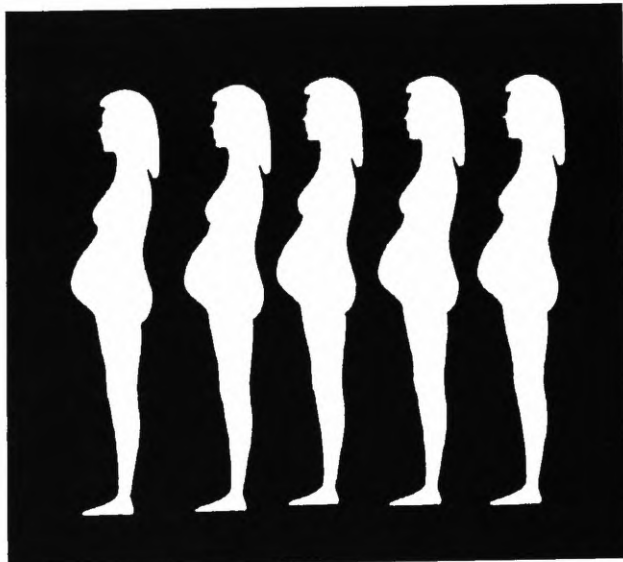
Grupo Corporal

Observamos atualmente, o apelo veiculado pelos meios de comunicação de massa, no sentido de vincular status e prazer a um corpo esteticamente perfeito, jovem, bonito e saudável.

Para o adolescente é ainda mais atuante, uma vez que ele busca referências externas para construção de sua identidade.

Com o advento da psicanálise, temos em FREUD(1969)⁹ o primeiro pesquisador a anotar correspondências entre os processos psíquicos e corporais.

Entre os seguidores de Freud, encontramos trabalhos teóricos e intervenções corporais de Firenczi, Rank, Jones, Hartmann, Kris, Winnicot, Schilder, entre outros. Foi



porém, com os trabalhos de Wilhelm Reich, que desde 1926, outras revoluções conceituais em relação ao corpo aparecem.

A formulação de W. Reich aplica-se ao pensamento e à técnica de vários autores, entre eles o FELDENKRAIS(1988)⁷, com a consciência pelo movimento, LABAN (1971)¹⁰ no trabalho com o movimento expressivo, ALEXANDER(1983)³ que criou a Eutônia e o trabalho de SANDOR(1992)¹⁴ com técnicas de relaxamento como um método de condicionamento psico-fisiológico.

É a partir deste referencial teórico, que hoje organizamos nossos encontros com as adolescentes, os quais passaremos agora, a descrever.

Cada grupo corporal tem suas atividades organizadas quinzenalmente durante uma hora, é constituído por aproximadamente 6 pacientes que apresentam patologias diversas, tais como: Síndrome de Turner; Linfoma de Hodgink, bem como desorganização emocional e difícil relacionamento familiar, apenas para citar algumas das problemáticas. As adolescentes que compõe o grupo são encaminhadas a ele por qualquer profissional da equipe, ou seja, médicos ginecologistas e pediatras, psicólogos, educadores. As indicações levam em consideração o estado emocional da adolescente, a patologia e a representação que isso tem em seu corpo.

Um dos objetivos de nosso trabalho é valorizar os movimentos criados pelas adolescentes, numa tentativa de quebrar conceitos socialmente definidos como: o certo e o errado, o belo e o feio, o corpo esteticamente perfeito e o saudável. Assim, buscamos desenvolver o trabalho sempre baseados na idéia de que o corpo tem a capacidade de alcançar sua consciência e sua liberdade, à partir da criação, da abertura, do reconhecimento do não saber, do encontro com o outro e de uma tomada de consciência.

FELDENKRAIS(1988)⁷ coloca que "toda atividade muscular é movimento". A realização de movimento é algo comum no

cotidiano de qualquer pessoa. No entanto são exatamente as coisas mais simples e óbvias, as mais difíceis de definir ou de descrever. Ele aponta que ver, falar e ouvir são também atividades musculares. Portanto em todo comportamento, há movimento, este é um dos componentes da ação, bem como a sensação, o sentimento e o pensamento.

No decorrer do tempo nossos encontros ganharam uma estruturação, uma rotina, um "ritual".

Sendo assim, de forma geral, nos organizamos da seguinte maneira:

I) Preparação do Ambiente

Arrumação da sala, retirada das cadeiras; colocação dos colchonetes. Esse é um momento onde se inicia o contato, uma interação entre elas e início do aquecimento corporal.

II) Aquecimento - Tempo de Chegada

Neste momento pede-se para que se tire os sapatos, relógios, brincos, a proposta é criar um descondicionamento, este proporciona abertura e expansão da consciência. Aqui também andamos pela sala, ocupando todos os espaços existentes, percebendo a respiração, fazendo e experimentando diferentes movimentos como: andar nas pontas dos pés, no calcanhar, etc.

Orientamos as adolescentes, no início do grupo, que observem individualmente seu corpo, nesse espaço, com essas pessoas e para esse trabalho, neste momento é necessário despertar atenção para o corpo. Essa observação do próprio corpo, nem sempre é fácil, principalmente para a adolescente que apresenta seu corpo em desenvolvimento, em crescimento.

Nessa etapa, favorecemos a conscientização corporal da adolescente através de toques na pele, músculos, ossos e articulações. Utili-

zamos-nos da técnica corporal sugerida por Feldenkrais.

III) Vivência Corporal

São sugeridas atividades de exploração e conhecimento corporal. O ato de tocar o próprio corpo e do companheiro é uma atividade constante nos nossos encontros. No decorrer destes, o ato de tocar é trabalhado de duas formas: o auto-toque e o toque.

Nossa primeira experiência foi introduzir o auto-toque em todas as partes do corpo, de forma lenta o suficiente para proporcionar uma qualidade de atenção e consequente conscientização da sensibilidade tátil e da estruturação corporal. Aqui pudemos conhecer e reconhecer formas, contornos, estruturas ósseas e musculares, pele e sensações táteis.

Uma outra forma de exploração e contato deu-se através da massagem. Ela, entre outras coisas, pode facilitar o bom escoamento dermo muscular, apagando ou diluindo tensões subcutâneas musculares. Com a prática fomos percebendo que com a massagem conteúdos internos como: histórias vividas, imagens, pensamentos, idéias, sentimentos aparecem, ampliando assim a consciência.

Neste trabalho usamos recursos dos métodos de Feldenkrais e técnicas de relaxamento como: Calatonia.

IV) Relaxamento

Utilizado como método que cria melhores condições de funcionamento psico-fisiológico. Recurso indispensável para conseguirmos descontração, tranquilização e restauração física e psíquica do paciente.

Utilizamos nesse momento, entre outros recursos, o treinamento autógeno de Schults.

V) Encerramento

Relato feito pelas adolescentes das observações e sensações corporais.

O trabalho corporal é uma atividade que ganha um caráter terapêutico por que se constitui como um lugar de continência, acolhimento e instrumentalização da pessoa no sentido do conhecimento e emancipação de si próprio.

O importante é trabalhar sempre no sentido da autonomia: aproveitar as capacidades das pacientes; desenvolvê-las e fortalecê-las, buscando a independência.

Neste contexto a adolescente poderá conhecer as suas limitações, a sua força e sua fraqueza e o trabalho tenderá a promover o crescimento individual e das relações interpessoais.

Por fim os encontros vêm demonstrando a possibilidade de utilização de outras atividades, como por exemplo, a introdução da música e da dança.

O trabalho com o corpo não se esgota; o corpo é sempre solicitado dia após dia na reconstrução da própria história.

Apresentando uma História

Como ilustração do que acabamos de apresentar, passaremos a um breve relato da evolução percebida por uma das adolescentes que participa do grupo corporal.

M. adolescente de 19 anos, natural de Rondônia, que veio a São Paulo em busca de tratamento. Foi encaminhada ao grupo a partir de diagnóstico de Linfoma de Hodgkin, o que a faz ir muitas vezes ao hospital, inclusive para submeter-se a tratamento quimioterápico. Nesse processo, M. afastou-se dos diferentes tipos de vínculos estabelecidos, tidos como referência: família, escola e amigos.

M. hoje está em São Paulo apenas para fazer o tratamento; não frequenta a escola, não tem amigos, vive o tempo todo a doença ou em função dela. Faz quimioterapia 2

vezes por mês, apresentando em consequência desse tratamento várias manifestações corporais desagradáveis como: náuseas, vômitos e fraqueza muscular generalizada.

No grupo corporal do qual M. participa utilizamos recursos terapêuticos como: toques, técnicas de relaxamento, os quais como já dissemos anteriormente, através do conhecimento corporal permitem alcançar o auto-conhecimento numa relação dialética entre mente-corpo.

Certa vez após o trabalho corporal essa adolescente, que no dia seguinte iria ter a sessão de quimioterapia, fala em tom de alívio: "Agora meu corpo está mais relaxado e pronto para a sessão de quimio amanhã" e mais "quando eu estiver lá amanhã ao invés de chorar vou lembrar de vocês e tentar relaxar o meu corpo". Trascorridos 2 meses comunica ao grupo que aquelas manifestações corporais desagradáveis desapareceram em uma das sessões quimioterápicas e que atualmente está namorando.

Pensamos que o grupo está servindo para M. também como um lugar de encontro, de criação de vínculos; de referência. Podendo assim construir uma nova ligação entre saúde-doença-social, permitindo ao adolescente circular livremente em seu meio.

Concluindo

Estas reflexões puderam se viabilizar a partir da oportunidade que tivemos de trabalhar a inserção da Terapia Ocupacional num ambulatório de Ginecologia, o que parece estar abrindo novas formas e possibilidades de atuação do Terapeuta Ocupacional, proporcionando ao mesmo tempo um avanço na promoção da saúde das adolescentes.

Com isso, ainda que prematuramente podemos observar que essa forma de abordagem das questões da menina/mulher adolescente vem apontando um resultado positivo.

DOMINGUES, J.M. Aspectos da intervenção de Terapia Ocupacional no Ambulatório de Ginecologia de Adolescentes. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):65-71, jan/dez., 1992.

ABSTRACT

The work aims at describing a wider approach to the health issue with the introduction of group activities, such "waiting room" talks and corporal techniques (relaxation, massages, calatonia, etc). The staff in charge of the coordination of this programme consists of professionals from various fields. The article traces the outline of the work developed at the Clinic of Gynecology for the Adolescent of the General Hospital at the Medical School of the University of São Paulo. This service is coordinated by Dr. Albertina Duarte Takiuti and supervised by Dr. Prof. Alvaro C. Bastos.

KEY WORDS

Occupational Therapy, trends. Adolescence. Psychotherapy Group, trends. Gynecology.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABERASTURY, A. *Psicanálisis de la Manía y de la Psicopatía*. Buenos Aires, Paidós, 1966.
2. AGUIRRE, A.M.B. *O Corpo Transformador: Trabalho Corporal em Psicologia Clínica*, São Paulo, 1986. Dissertação (mestrado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
3. ALEXANDER, G. *Eutonia: Um caminho para a percepção corporal*. São Paulo, Martins Fontes, 1983.
4. CASTRO, E.D. *A Apropriação de si mesmo através da dança*. São Paulo, 1992. Dissertação de (mestrado) - Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo.
5. COMISSÃO de Saúde do Adolescente. *Adolescência e Saúde*, São Paulo, Paris, Editorial, 1988.
6. DELDON, A. M. *Tocar*, São Paulo, Cultrix, 1989.
7. FELDENKRAIS, M. *Vida e movimento*. São Paulo, Summus, 1988.
8. FELDENKRAIS, M. *Caso Nora: consciência corporal como fator terapêutico*, São Paulo, Summus, 1979.
9. FREUD, S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*; Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1969.
10. LABAN, R. *Domínio do movimento*. São Paulo. Summus, 1971.
11. MONTAGU, A. *Tocar: O significado humano da pele*. São Paulo, Summus, 1988.
12. PICHON-RIVIERE, E. *Teoria do vínculo*, São Paulo, Martins Fontes, 1982.
13. PICHON-RIVIERE, E.. *Processo grupal*, São Paulo, Martins Fontes, 1986.
14. SANDOR, P. e outros. *Técnicas de relaxamento*, São Paulo, Vetor, 1982.

Recebimento para publicação em: 02/07/92

Aceito para publicação em: 10/09/92

Ponto de Vista

A CIDADANIA DOS VELHOS

Cilene Swain Canôas*

CANÔAS, C.S. A cidadania dos velhos. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3 (1/2):72-74, jan/dez., 1992.

RESUMO:

Há necessidade de se fazer uma retrospectiva histórica da cidadania no Brasil, nestes últimos 50 anos, para compreender porque os velhos brasileiros são como são. Vivemos novos tempos, mais democráticos, onde a questão da cidadania está presente em todos os relacionamentos humanos; mas é preciso conhecê-la e iniciar o processo coletivo de construção, independente da idade que se tenha.

DESCRITORES:

Direitos dos idosos, história; Direitos dos idosos, legislação e jurisprudência.

Para se compreender a cidadania é necessário refletir sobre a questão da consciência de si (individual) e da consciência da classe trabalhadora, na luta pela construção de uma democracia mais justa e igualitária. Somente aí poderíamos entender como a maioria da população exerce sua cidadania, pois o cidadão goza de igualdade abstrata e procura conquistar, à custa de esforço de articulação política, a igualdade nas condições reais de vida.(WEFFORT 1984:53-5)².

O que a história nos revela

Entender como os velhos exercitam sua cidadania no momento nos remete a um passado recente, que nos dá os fatos históricos acontecidos, determinantes da atual situação e impulsionadoras do processo histórico. Desta forma faremos um breve levantamento de uma sequência encadeada, a partir da década de 20, para enunciar ex-

plicações sobre o atual estágio da cidadania dos velhos na cidade de São Paulo. Tomaremos como ponto de partida 1923 quando surge a Lei Eloy Chaves sobre a previdência social. Nos anos seguintes são aprovadas as leis de proteção ao trabalho do menor, férias, trabalho feminino e seguro doença. A aplicação dessas medidas não acontece de forma igual em todo o território nacional, mas sem dúvida algumas conquistas são resultantes da pressão dos trabalhadores nos grandes centros. Nesta época o Estado, representado por um governo oligárquico, e o empresariado já consideravam que a massa devia ser manobrada, pois era destituída de vontade própria. Nos anos 30 surge o Estado Tutelar, que busca a unidade nacional, tentando organizar uma sociedade tida como dispersa e desarticulada. As reivindicações dos trabalhadores são atendidas como doações paternas dos governantes. De 1927 a 1945, quando tivemos a ditadura do Estado Novo com Vargas, há um fechamento político e passamos a ter o que

* Mestre em Serviço Social, Assistente Social do SESC - Av. Paulista, 119 - CEP 01311
Endereço: Cilene S. Canôas; Resid. Av. Sabiá, 12 - CEP 04515-000.



trabalho, desta forma ficavam fora do processo de cidadania os trabalhadores sem registro, os analfabetos, as mulheres, os velhos, etc.. Os trabalhadores tutelados recebiam benesses que reforçavam as desigualdades sociais. De 1945 a 1964 foi restaurada a liberdade política e nesse período há avan-

ços como regulamentação das profissões, a instituição da carteira profissional, o desenvolvimento do sindicalismo, embora ainda sob tutela. Em 64 a cidadania entra em recesso, com conseqüente retrocesso do exercício de cidadania. Nos anos 80, há, mais ou menos, uma década estamos em processo de construção coletiva de uma nova cidadania. Três fatos maiores foram responsáveis pelo início desse processo: o movimento sindical brasileiro que aparece a partir dos movimentos do ABC, assumindo a luta pela cidadania das classes populares; a campanha das Diretas Já, o processo constituinte.

Como estão nossos velhos

Voltamos então ao tema central deste artigo, os velhos e sua cidadania. O que esperar desses homens e mulheres, envelhecidos em sucessivos períodos governamentais de tradição protecionista, quando se tirou a possibilidade mais sofisticada da inteligência humana que é a de conhecer a realidade, criticá-la, refletir, tomar decisões, enfim ser sujeito da história.

Trabalhando com idosos podemos observar três características comuns à maioria: baixa renda, questão diretamente ligada ao nosso sistema previdenciário, que tem sido montado, por sucessivos e rocambolescos planos governamentais com total ausência das camadas populares, e desmontado, aos trancos e barrancos, nas últimas décadas até nossos dias, sem a participação dos interessados, que se sentem juguetes impotentes da história sem conseguirem vislumbrar alguma possibilidade de revertê-la; excesso de horas livres, que se traduz numa quantidade de tempo que se tem fora das obrigações de trabalho, religioso, familiares, etc.. O tempo livre é muito apreciado quando temos uma vida repleta de afazeres e, muito desagradável quando é um excesso e não se sabe o que

fazer com ele. Os idosos estão saindo da fase adulta da vida, quando em geral se tem muitas obrigações, desta forma passaram por um período de, mais ou menos, 30 anos de desaprendizado do uso do tempo livre. Agora estão em outro momento, quando sobra tempo para não se fazer nada; baixo nível de consciência crítica, estágio de compreensão da realidade que dá poucas possibilidades de equacionar e refletir sobre os problemas com propósito de mudança. É comum os idosos acreditarem que outras pessoas irão encontrar soluções para seus problemas ou procurarem explicações ingênuas para justificar a realidade pessoas e do mundo que o cerca.

A cidadania dos velhos

O exercício da cidadania depende de se ter consciência de si mesmo (individual) e

compreender a realidade de sua categoria, de sua faixa etária ou de sua classe para vislumbrar em conjunto a possibilidade de mudança (coletivo). Trabalhar com idosos é antes de tudo estimular ganho de consciência crítica, através da reflexão conjunta dos mais variados problemas, chegando ao enunciado de algumas ações práticas. Tornar-se um ser coletivo leva à politização e tomada de atitudes conjuntas que dão início à construção da cidadania consciente, democrática, mais justa e igualitária. Os velhos tratados em nossa sociedade são extremamente protegidos, como se isto fosse o respeito que a ele devemos. A proteção não os deixa crescer como pessoas. As lutas reivindicatórias dos idosos que constatamos agora com certa frequência são prenúncios de uma nova era, quando eles serão vistos como cidadãos livres, concientes, válidos e não como pessoas de cabelos brancos que merecem nosso respeito só por esse motivo.

CANÔAS, Cilene Swain. The Citizenship of the Old People. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2): Jan/Dez., 1992.

ABSTRACT

To understand why Brazilian old people act the way they have been acting up to now, we have to be aware of the historical process which has determined Brazilian citizenship for the last 50 years. Despite we are now living new democratic times, when the citizenship question is present in all human beings relationships, we first need to know what citizenship means and then initiate its collective process of construction. Age is a fact that must not be considered in this case.

KEY WORDS

Aged Rights, history. Aged Rights, legislation & jurisprudence.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCHERER, E. - *Classes populares e ampliação da cidadania Serviço Social e Sociedade* (23), 1987
2. WEFFORT, F. - *Por que democracia?* 2 ed. São Paulo, Brasiliense, 1984.

Recebido para publicação em: 04/09/92

Aceito para publicação em: 28/11/92

Resenha

TRILHAS ASSOCIATIVAS

De Jô Benetton, São Paulo, Lemos Editorial

CONTRIBUINDO PARA A ABERTURA DE "TRILHAS"

Helena Maffei Cruz*

No primeiro semestre de 88, Jô, então retomando seu projeto de mestrado, entregou-me algumas folhas de papel almaço manuscritas em letra miudinha. Era o rascunho do caso S., que ela me pedia para ler e dizer o que eu achava. E eu não achei! Era diferente do que eu conhecia no meu fazer psicanalista. Diferente também do meu então iniciante ofício de terapeuta familiar.

Fiquei curiosa e me pus a procurar. Marquei com Jô uma conversa que durou um domingo inteiro. Meu pedido era - você vai lendo e eu perguntando. E assim construímos o diálogo de um dia. Lembro-me de dois momentos: um quando vislumbrei a trilha que vai do "homem que espia" ao "homem que olha". Eu não tinha vocabulário para nomear o que começava a entrever, e me referi então à segunda carta no mesmo naipe porque permitia a montagem de um jogo simbólico. Outro, quando compreendi a importância da resposta que S. deu à pergunta de Jô, sobre se poderia ser ele o personagem do desenho, dizendo: sou eu. Uma afirmação na primeira pessoa, uma narrativa sobre si mesmo.

Nessa época eu sabia pouco sobre epistemologia sistêmica, construtivismo e terapia como construção de realidades alternativas. Sabíamos ambas ao fim daquele trabalho que havia sido extremamente estimulante.

Segui, não tão de perto o desenvolvimento da tese. Assisti ao exame de qualificação e à defesa. Mais de três anos são passados e neste intervalo embrenhei-me no estudo das terapias como uma conversa colaborativa.

Leio agora Trilhas Associativas e convindo a conhecê-lo como um trabalho corajoso e original que explicita ao mesmo tempo a construção de um sistema terapêutico e a construção de uma tese de mestrado.

A abordagem construtivista sobre sistemas terapêuticos, terapia e terapeuta, nos mostra que os sistemas humanos são geradores de linguagem e significação ou seja: criamos significação na comunicação, uns com os outros e que todo o sistema em terapia é um sistema onde paciente e terapeuta criam essa significação. Aponta também que todo sistema em terapia é um sistema que se formou em torno de algum problema. (ANDERSON & GOOLISHIAN, 1988)¹

Denominamos as pessoas às quais falamos em terapia, incluindo o terapeuta, sistemas organizadores e dis-solvedores de problemas. O processo de terapia consiste em um diálogo em um "falar com". Terapeuta e paciente participam de um processo de deciframento mútuo e de uma busca de compreensão do problema e de sua solução tal como o paciente o define. Ao falar com o paciente aprendemos suas perspectivas e

* Socióloga e Psicóloga, Terapeuta Familiar
Endereço: Rua Eng^o Teixeira Soares, 213 - CEP 05505-030 - Butantã - SP



criamos através dessa aprendizagem um processo de "estar junto" que conduz a uma nova significação, a uma nova narrativa e uma nova capacidade de iniciar ações competentes.

Um elemento central da conversação terapêutica são as perguntas conversacionais que sempre partem de uma posição de não saber. A habilidade-experiência e a responsabilidade do terapeuta consistem em criar um espaço em que podem ter lugar o processo e a conversação terapêuticas. Esta é uma posição não intervencionista, nela o terapeuta também corre o risco de mudar. Essa terapia configura uma estrutura e um esforço colaborativos e não hierárquicos. Tanto o paciente como o terapeuta participam igualmente na criação da realidade terapêutica. O papel do terapeuta consiste em dar lugar a um contexto para a mudança em vez de especificar que mudança, em termos de conduta, padrões interacionais ou comportamentos disfuncionais "objetivamente" percebidos.

Uma terapeuta em sintonia com os novos paradigmas em ciência, que rechaçam a existência de uma realidade sem observador, Jô escreve na primeira pessoa do singular e deixando de lado as tediosas citações engordadoras de teses, constrói uma história que dá sentido ao uso da atividade no tratamento de desordens mentais.

Os capítulos da Trilha tem sabor de viagem acontecendo: Jô nos conta estórias enquanto tece, tricota, faz crochê. E seu interlocutor desenha, projeta. Nos dois sentidos da palavra. O de que o papel funciona como tela para projeção do mundo interno e do que no papel, o arquiteto, ensaia uma futura construção. Jô conserva para S. os retângulos de papel com a paciência que a poetisa Adelia pede para os cacos.

"Um romance é feito de sobras. A poesia é núcleo.

Mas é preciso paciência com os retalhos, com os cacos.

Pessoas hábeis fazem com eles cestas, enfeites, vitrais, que por sua vez configuram novos núcleos"(PRADO, 1980)²

A vida é feita de sobras. A experiência é núcleo.

Mas é preciso paciência com os traços, com os trechos.

Pessoas hábeis constroem com eles narrativas, que por sua vez configuram novas experiências.

Convido o leitor a experimentar essa trilha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSON, H. & GOOLISHIAN, H. Human systems as linguistic systems. Preliminary and involving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 1988.
2. PRADO, A. *Cacos para um vitral*, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.

A RUA COMO ESPAÇO CLÍNICO: Acompanhamento Terapêutico

**Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia "A CASA"
Org. Editora Escuta**

Este livro é organizado pela equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia "A CASA". Os textos coletados foram na sua maioria apresentados no 1º Encontro Paulista de Acompanhantes Terapêuticos em 1990.

Sua leitura nos remete a refletir sobre a clínica das psicoses e do espaço singular que ocupa o Acompanhante Terapêutico na articulação do paciente psicótico com o social.

O leitor que aceitar o convite para acompanhar os relatos clínicos contidos nesta obra, sairá no mínimo impactado. São histórias de Terapeutas que emprestam seus corpos ora com sombra, ora como referência, para a construção de relações de vizinhança. Com isto, desobstruindo sintomas e criando novos canais de comunicação, partem para o espaço da cidade; suas ruas, seus parques e suas avenidas, significadas agora como espaço clínico operativo.

Neste mundo da realidade desconhecido para psicótico, o Acompanhante Terapêutico passa a ser o seu único ponto de referência.

O traçado das ruas não delimita a variedade de estímulos detonadores do inesperado. Uma situação bastante análoga à nossa Terapia Ocupacional quando nos propomos

a abrir espaço para a comunicação através "do fazer".

Para o estabelecimento do amplo setting do acompanhamento Terapêutico, esta equipe de profissionais da "A CASA", dá os primeiros passos fundamentais propondo a criação de "um guia personalizado de um único volume porém constantemente atualizado na sua classificação estelar; preferencialmente em formato de bolso, para que seja utilizado no dia a dia, ainda que possa ser guardado entre a cabeça e o chapéu, como fazia um paciente com sua Bíblia".

Grande contribuição, e grande desafio são lançados por este livro. Ousadia, paixão, arrojo, um certo gosto por circular de formas inusitadas pelo desconhecido, circuncrevendo o continente social do paciente psicótico. Daí, construindo mapas, roteiros, direções, pontes, passagens promotoras de sentido entre o "de fora" e o "de dentro" do indivíduo e ou da instituição, constituindo o espaço de historicidade na vida do psicótico.

SONIA M. L. FERRARI

*Diretora Científica do Instituto de
Desenvolvimento e Pesquisa de Saúde Mental
e Psico-Social "A CASA".
Coordenadora do Centro de Estudos de
Terapia Ocupacional.*

Dissertações

BARROS, Denise Dias *"A desinstitucionalização italiana: a experiência de trieste". São Paulo, 1990. Dissertações (mestrado) O Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.*

Resumo

Esta dissertação foi elaborada no sentido de conhecer os caminhos que o movimento de transformação da psiquiatria institucional italiana percorreu, revelando o conteúdo das inovações teóricas e práticas e as estratégias que possibilitaram seus desdobramentos e permanência no tempo. Desta maneira, localiza-se os aspectos fundamentais da história da constituição da psiquiatria italiana a partir da primeira metade do século XX e a discussão sobre o nascimento do paradigma psiquiátrico, na França, quando da criação da Lei de 1834 que orienta a discussão na Europa. Na década de 60, a Comunidade Terapêutica de

Gorizia marca o início da desinstitucionalização italiana cujas elaborações tornam-se as bases do processo desencadeado em Trieste a partir de 1971 e ainda, hoje, em curso.

No período compreendido entre seu início e a aprovação, em 1978, da Lei nº 180, que sancionou as inovações produzidas, aboliu-se a ligação imediata entre doença mental e periculosidade social. Hoje, a pessoa em tratamento psiquiátrico não perde seus direitos e deveres civís. Em Trieste o manicômio foi desconstruído e criou-se uma rede de serviços assistenciais descentralizados no território.

CASTRO, Eliane Dias *"A apropriação de si mesmo através da dança". São Paulo, 1992. Dissertações (mestrado) - Escola de Comunicações e Arte da Universidade de São Paulo*

Resumo

Ao pensarmos o tratamento de pessoas que buscam auxílio psiquiátrico, verificaremos que a arte apresenta-se como uma possibilidade entre as alternativas existentes. A dança é uma arte que, neste contexto, oferece inúmeras possibilidades como um recurso terapêutico.

Foi desenvolvido um trabalho de Dança e Expressão Corporal no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira) junto a adultos que alí buscam atendimento psiquiátrico. Ao longo de dois anos, em encontros semanais, foi organizado um programa de trabalho que baseou-se

fundamentalmente nos conceitos de Rudolf Laban, na Eutonia de Gerda Alexander e nos ensinamentos teórico-práticos de Naísa França. Alguns registros destes encontros foram documentados através de gravações em vídeo-cassete.

O trabalho revelou, entre outras coisas, que esta população muito se beneficia de um momento em seu tratamento que possibilite a vivência do corpo inteiro dentro de uma perspectiva de autoconhe-

cimento e expressão através do movimento, em especial da dança. Além disso, desencadeou uma disposição para o lúdico, para a comunicação com o outro, para o conhecimento de si.

Esta dissertação, apresenta em sua organização uma associação entre um corpo teórico especializado e o relato de uma experiência inovadora que, tanto na teoria quanto na prática, abordou conceitos relativos as áreas da Arte, da Saúde e da Educação.

ROCHA, Eucenir Fredini *"Corpo deficiente: em busca da reabilitação? - Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas. São Paulo, 1991. Dissertações (mestrado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.*

Resumo

O objetivo deste trabalho foi compreender o significado da Reabilitação para as pessoas portadoras de deficiências físicas. Entendendo que a representação social do corpo em nossa sociedade está vinculada aos valores relacionados à capacidade para a produção, ao fugir a essa expectativa a pessoa portadora de deficiência física é estigmatizada e segregada.

Para atingirmos o objetivo proposto trabalhamos com as histórias de vida de três pessoas portadoras de deficiência física. Através das mesmas, procuramos compreender o significado que as instituições e os processos de Reabilitação assumiram em suas vidas. A análise das entrevistas são aqui tratadas como um processo, onde procuramos considerar a necessidade de uma reflexão continuada sobre o significado do

corpo, das instituições de Reabilitação e do lugar das técnicas de intervenção em saúde na sociedade contemporânea.

Nos depoimentos dos entrevistados fica clara a busca da Reabilitação, no entanto, o reconhecimento de si como sujeitos, com direito à afetividade, sexualidade e cidadania, paradoxalmente lhes é negado dentro das próprias instituições tradicionais da área. Depreende-se daí a necessidade de ruptura com os mecanismos objetivos e subjetivos que inviabilizam a emancipação e independência da pessoa portadora de deficiência física. Para tanto faz-se necessário facilitadores, onde a instituição de Reabilitação pode representar um desses espaços, desde que considere o reabilitando enquanto participante ativo que não permite uma intervenção técnica redutiva estabelecida a partir de critérios pré-codificados.

Índice de autor do volume 3

| | |
|--------------------------|----|
| ALONSO, S.G., | 60 |
| AMARANTE, P.D.C., | 8 |
| BENETTON, M.J., | 4 |
| CANÔAS, C.S., | 72 |
| CAROMANO, F.A., | 44 |
| CASTELUCCI, P., | 44 |
| CASTRO, E. D., | 24 |
| CRUZ, H.M., | 75 |
| DOMINGUES, J.M., | 65 |
| LEBRE, L.P.M., | 44 |
| MEGALE, F.C.S., | 60 |
| MELMAN, J., | 54 |
| PRADO, M.M.R., | 33 |
| PULCHINELLI, C.C., | 60 |
| RICO, D. F.N., | 33 |
| SPINK, M.J.P., | 17 |
| TAKAHASHI, S.Y., | 44 |
| TANAKA, C, | 44 |

Índice de assunto do volume 3

| | |
|---|----|
| <i>Adolescência</i> | |
| psicoterapia de grupo, tendências | |
| terapia ocupacional, tendências, | 65 |
| <i>Amputação</i> | |
| fisioterapia, métodos | |
| amputados, reabilitação, | 44 |
| <i>Amputados, reabilitação</i> | |
| amputação, estatística & dados numéricos | |
| fisioterapia, métodos, | 44 |
| <i>Dança, tendências</i> | |
| terapia ocupacional, tendências | |
| psicoterapia de grupo, tendências, | 24 |
| <i>Desinstitucionalização, tendências</i> | |
| saúde mental, tendências | |
| psiquiatria social, tendências, | 8 |
| <i>Direitos dos idosos, história</i> | |
| direitos dos idosos, legislação & jurisprudência, | 72 |
| <i>Distúrbios psicóticos</i> | |
| psicoterapia | |
| saúde mental, | 60 |
| <i>Distúrbios psicóticos, psicologia</i> | |
| psicanálise, tendências | |
| terapia ocupacional, métodos, | 4 |
| <i>Fisioterapia, métodos</i> | |
| importados, reabilitação | |
| amputação, estatística & dados numéricos, | 44 |
| <i>Institucionalização, tendências</i> | |
| instituições filantrópicas de saúde | |
| terapia ocupacional, tendências, | 33 |
| <i>Instituições filantrópicas de saúde</i> | |
| terapia ocupacional, tendências | |
| institucionalização, tendências, | 33 |
| <i>Pessoal técnico de saúde, tendências</i> | |
| sociologia, recursos humanos | |
| prática profissional, tendências, | 17 |
| <i>Prática profissional, tendências</i> | |
| pessoal técnico de saúde, tendências | |
| sociologia, recursos humanos, | 17 |

| | |
|--|--------|
| <i>Psicanálise, tendências</i> | |
| terapia ocupacional, métodos | |
| distúrbios psicóticos, psicologia, | 4 |
| <i>Psicoterapia</i> | |
| saúde mental | |
| distúrbios psicóticos, | 60 |
| <i>Psicoterapia de grupo, tendências</i> | |
| terapia ocupacional, tendências, | 24, 59 |
| dança, tendências | |
| adolescência, | 65 |
| <i>Psiquiatria comunitária, tendências</i> | |
| saúde mental | |
| serviços comunitários de saúde mental, tendências, | 54 |
| <i>Psiquiatria Social, tendências</i> | |
| desinstitucionalização, tendências | |
| saúde mental, tendências, | 8 |
| saúde mental | |
| distúrbios psicóticos | |
| psicoterapia, | 60 |
| serviços comunitários de saúde mental, tendências | |
| psiquiatria comunitária, tendências, | 54 |
| <i>Saúde mental, tendências</i> | |
| psiquiatria social, tendências | |
| desinstitucionalização, tendências, | 8 |
| <i>Serviços Comunitários de Saúde Mental, tendências</i> | |
| psiquiatria comunitária, tendências | |
| saúde mental, | 54 |
| <i>Sociologia, recursos humanos</i> | |
| prática profissional, tendências | |
| pessoal técnico de saúde, tendências, | 17 |
| <i>Terapia ocupacional, métodos</i> | |
| distúrbios psicóticos, psicologia | |
| psicanálise, tendências, | 4 |
| <i>Terapia Ocupacional, tendências</i> | |
| psicoterapia de grupo, tendências | |
| dança, tendências, | 24 |
| institucionalização, tendências | |
| instituições Filantrópicas de Saúde, | 33 |
| adolescência | |
| psicoterapia de grupo, tendências, | 65 |

Key words index to volume 3

| | |
|--|----|
| <i>Adolescence</i> | |
| psychotherapy, group, trends | |
| occupational therapy, trends, | 65 |
| <i>Aged rights, history</i> | |
| aged rights, legislation & jurisprudence, | 72 |
| <i>Allied health personel, trends</i> | |
| sociology, manpower | |
| professional practice, trends, | 17 |
| <i>Amputation, statistics & numerical data</i> | |
| physical therapy, methods | |
| amputees, rehabilitation, | 44 |
| <i>Amputees, rehabilitation</i> | |
| amputation, statistic & numerical data | |
| physical therapy, methods, | 44 |
| <i>Community mental health services, trends</i> | |
| community psychiatry, trends | |
| mental health, | 54 |
| <i>Community psychiatry, trends</i> | |
| mental health | |
| community mental health services, trends, | 54 |
| <i>Dancing, psychology</i> | |
| occupational therapy, trends | |
| psychotherapy, group, trends, | 24 |
| <i>Desinstitutionalization, trends</i> | |
| mental health, trends | |
| social psychiatry, trends, | 8 |
| <i>Institutionalization, trends</i> | |
| voluntary health agencies | |
| occupational therapy, trends, | 33 |
| <i>Mental Health</i> | |
| psychotic disorders | |
| psychotherapy, | 60 |
| community mental health services, trends | |
| community psychiatry, trends, | 54 |
| <i>Mental Health, trends</i> | |
| social psychiatry, trends | |
| desinstitutionalization, trends, | 8 |

| | |
|--|--------|
| <i>Physical Therapy, methods</i> | |
| amputees, rehabilitation | |
| amputation, statistics & numerical data, | 44 |
| <i>Professional practice, trends</i> | |
| allied health personnel, trends | |
| sociology, manpower, | 17 |
| <i>Psychoanalysis, trends</i> | |
| occupational therapy, methods | |
| psychotic disorders, psychology, | 4 |
| <i>Psychotherapy</i> | |
| mental health | |
| psychotic disorders, | 60 |
| <i>Psychotherapy, group, trends</i> | |
| occupational therapy, trends, | 24, 65 |
| dancing, psychology, | 24 |
| adolescence, | 59 |
| <i>Psychotic disorders</i> | |
| psychotherapy | |
| mental health, | 60 |
| <i>Psychotic disorders, psychology</i> | |
| psychoanalysis, trends | |
| occupational therapy, methods, | 4 |
| <i>Social Psychiatry, trends</i> | |
| desinstitutionalization, trends | |
| mental health, trends, | 8 |
| <i>Sociology, manpower</i> | |
| professional practice, trends | |
| allied health personnel, trends, | 17 |
| <i>Occupational Therapy, methods.</i> | |
| psychotic disorders, psychology | |
| psychoanalysis, trends, | 4 |
| <i>Occupational Therapy, trends</i> | |
| psychotherapy, group, trends | |
| dancing, trends, | 24 |
| institutionalization, trends | |
| voluntary health agencies | |
| adolescence | |
| psychotherapy, group, trends, | 65 |
| <i>Voluntary Health Agencies</i> | |
| occupational therapy, trends, | |
| Institutionalization, trends, | 33 |

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

A **REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO** é uma publicação do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, veículo de informação na área e ciências afins. Publica ainda, trabalhos de Revisão, Debates, Pontos de Vista, Resenhas de Livros e Entrevistas.

Os artigos e outros textos enviados para publicação serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial e Consultoria Científica que decidirão sobre a sua publicação, podendo ser, eventualmente, devolvidos aos autores para adaptação às normas de publicação desta Revista.

Direitos autorais - Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e são de propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial, bem como a tradução para outros idiomas, sem a autorização do Corpo Editorial. Todos os trabalhos submetidos à publicação deverão ser acompanhados pela declaração de transferência dos direitos autorais. Este documento é fornecido pela Revista.

O conteúdo e opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores.

FORMA E CONTEÚDO:

- 1- **Apresentação dos originais** Os originais dos trabalhos enviados deverão ser digitados em programa de texto Word 5, espaço 2, copiados em papel branco; em um só lado da folha, com 60 toques por linha. Para **Artigos**, sugere-se que não ultrapasse 15 laudas de 20 linhas; **Pontos de Vista e Debates** devem permanecer em torno de dez laudas e **Resenhas** em quatro laudas.

O disquete do trabalho a ser publicado deve ser entregue acompanhado de duas cópias em papel branco, sem rasuras, no seguinte endereço:

Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP - REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Rua Cipotânea, 51 -CEP. 05508-900 -Cidade Universitária "Armando de Salles de Oliveira" -São Paulo, SP.

- 2- **Página de rosto** - deve constar: a) título do trabalho elaborado de forma breve e específica, para auxiliar os serviços de recuperação da informação; b) versão do título para o inglês; c) nome completo dos autores e respectivos títulos profissionais e acadêmicos; d) identificação das instituições às quais os autores estão vinculados; e) referência ao trabalho como parte integrante de dissertação, tese ou projeto; f) referência à apresentação do trabalho em eventos, indicando nome do evento, local e data de realização; g) endereço para correspondência.
- 3- **Resumo / Abstract** - Os trabalhos enviados às seções, **Artigos, Divulgando Projetos e Experiências, Debates e Dissertações** devem apresentar dois resumos, um em português e outro em inglês. Observar as recomendações da NBR-68, ABNT, para redação e apresentação de resumos: a) quanto a extensão, a norma determina o máximo de 250 palavras para os artigos de periódicos; b) quanto ao conteúdo, deverão observar a estrutura formal do texto, isto é, indicar objetivo do trabalho, mencionar os procedimentos básicos, relacionar os resultados mais importantes e principais conclusões; c) quanto à redação e estilo, usar o verbo na voz ativa na 3ª. pessoa do singular, evitar locuções como "o autor descreve", "neste artigo", etc., não adjetivar e não usar parágrafos.
- 4- **Descritores / Key words** - palavras ou expressões utilizadas para fins de indexação e que representam o conteúdo dos trabalhos. Para o uso de descritores em português, consultar "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS) parte da metodologia LILACS -Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, e o MESH-Medical Subjects Headings da National Library of Medicine.
- 5- **Estrutura do texto** - o caráter interdisciplinar da publicação permitiu estabelecer um formato mais flexível quanto à estrutura orgânica dos trabalhos sem comprometer o conteúdo. A publicação sugere que os trabalhos de investigação científica devem ser organizados mediante a estrutura formal: a) **Introdução**, estabelecer o objetivo do artigo, relacionando-o a outros publicados anteriormente e esclarecendo o estado atual em que se encontra o objeto investigado; b) **Material e Métodos**, ou, **Casística e Métodos** (quando a pesquisa envolve seres humanos), descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a população e amostra, detalhar técnicas e equipamentos, indicar quantidades exatas; c) **Resultados**, exposição factual da observação, apresentada na sequência lógica do texto, apoiados em gráficos e tabelas; d) **Discussão**, apresentação dos dados obtidos e resultados alcançados, estabelecendo compatibilidade ou não com

resultados anteriores de outros autores; e) Conclusões, são as deduções lógicas e fundamentadas nos Resultados e Discussão.

- 6 - **Referência bibliográfica** - Organizadas em ordem alfabética pelo último sobrenome do primeiro autor e numeradas consecutivamente; todos os autores dos trabalhos devem ser citados; os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela "List of Journals Indexed in Index Medicus". Para elaboração das referências observar as recomendações da NB-66, da ABNT, 1978:
- a) **Livros e monografias:**
PIAGET, J. Para onde vai a educação? 7.ed. Rio de Janeiro, J.Olimpio, 1980, 500p.
 - b) **Citação de capítulo de livro:**
KARASOV, W.H. & DIAMOND, J. M. Adaptation of nutrition transport. In: JOHNSON, L.R. Physiology of gastrointestinal tract. 2. ed. New York, Raven Press, 1987. p. 1189-97.
 - c) **Artigos de periódicos:**
CAROMANO, F.A.; TANAKA, C.; YUMIKO, K.; STAINBER, F.L.; LABOMBE, A.C. Treinamento de autocuidados em pacientes portadores de bronquectasia. Rev. Ter. Ocup. USP, 2 (1):22- 6, 1991.
 - d) **Teses:**
DEL SANT, R. Propedêutica das síndromes catatônicas agudas. São Paulo, 1989, 121p. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
 - e) **Eventos - considerado no todo:**
CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA; 6., Rio de Janeiro, 1984. Resumos. Rio de Janeiro, Academia Brasileira de Neurologia, 1974.
 - f) **Evento - considerado em parte:**
SPALDING, E. Bibliografia da revolução federalista. In: CONGRESSO DA HISTÓRIA DA REVOLUÇÃO DE 1984, 1., Curitiba, 1944. Anais. Curitiba, Governo do Estado do Paraná, 1944. p. 295-300.
- 7- **Indicação da fonte das citações** - As formas de apresentação das fontes consultadas variam em decorrência da inserção no texto, observar os exemplos:
- a) **citação textual** - parte do texto é transcrito na íntegra.
"... a luta, a impossibilidade de coexistência com o outro" (LACAN, 1985; 50-1)⁴.
 - b) **citação livre** - reproduz o conteúdo do documento original. Para VELHO (1981:27)¹¹ o indivíduo...
 - c) **citação da fonte secundária (citação de citação)**
"O homem não se define pelo que é mas pelo que deseja ser" (ORTEGA Y GASSET, 1963 apud SALVADOR, 1977: 160)¹⁰.
 - d) **citação analítica: parte de documento.**
"... o indivíduo estigmatizado, um marginalizado social." (SILVA in: PONTES, 1984:8)¹⁶.
 - e) **citação referentes a trabalhos de três ou mais autores.**
"... consultadas periodicamente" (SOUZA et al., 1984:7)¹⁶.
 - f) **citações longas (mais de 3 linhas)** - constituem um parágrafo independente, com início sob a quinta letra da linha anterior e término a cinco batidas da margem direita. As aspas de abrir se repetem a cada parágrafo e as de fechar após a última transcrição. Observar o espaço um para a transcrição.
- 8- **Notas de Rodapé** - adotadas para a primeira página do artigo com informações que identifiquem os autores: vínculo profissional, títulos profissionais e acadêmicos dos autores, consignação de bolsas e endereço para correspondência.
- 9- **Ilustrações e legendas:** a) as **tabelas** devem ser digitadas e apresentadas em folha à parte, numeradas consecutivamente na ordem em que forem citadas no texto. O título deve constar na parte superior da tabela. Evitar o uso de linhas verticais e inclinadas. O limite de tabelas é de 5, acima deste número as despesas correm por conta do autor; b) **figuras**, todas as ilustrações, fotografias, desenhos, gráficos etc., o mesmo procedimento quanto a numeração, e títulos. Usar a abreviação figuras para todas as ilustrações acima, excetuando-se tabelas e gráficos.
- 10- **Agradecimentos** - Quando pertinentes, dirigidos à pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho.

