

Beatriz A. do Nascimento

O mito da atividade terapêutica

Estou chamando de mito da atividade terapêutica a crença, ainda comum entre os terapeutas ocupacionais, em que qualquer atividade pode ser terapêutica, desde que o profissional a utilize com esse *objetivo*, ou seja, se souber explorar as propriedades terapêuticas intrínsecas em cada atividade em pacientes e situações determinadas. Esta seria a essência da Terapia Ocupacional. Entendo como mito uma construção fantasiosa ou ideológica – como neste caso – em torno de um fato real que o transforma numa entidade que tem vida própria, autônoma, indiscutível, quase sagrada. O que estou sugerindo é que a noção de atividade vem sendo tratada na Terapia Ocupacional como um mito.

O Velho Mito

A partir do início do nosso século, nos EUA, constituiu-se uma profissão específica na área da saúde – a Terapia Ocupacional. A institucionalização da profissão é resultado do desenvolvimento da divisão do trabalho, que promoveu na área da assistência social e de saúde a multiplicação de *especialidades*. A partir daí, expandiram-se os cursos destinados a treinar pessoas para aplicar, tal como um remédio, atividades a doentes de vários tipos, como auxiliar do tratamento. Esses cursos foram exportados para outros países, in-

clusive para o Brasil. Sua base científica concentra-se principalmente no estabelecimento de relações entre tipos e componentes de atividades e as reações, efeitos que provocam no indivíduo (motores, mentais, emocionais). E, mais recentemente, nos componentes psicodinâmicos das atividades e da relação terapeuta-paciente-atividade. Passa-se então a exigir do profissional que ele realize essa missão, sob pena de não estar sendo terapeuta ocupacional. Exige-se do terapeuta ocupacional que ele *aplique* ou *supervisione* atividades com determinados pacientes, dando-lhes um caráter terapêutico; em todos os lugares, sob quaisquer condições: no hospital psiquiátrico, na prisão, nos centros de reeducação, orfanatos etc. O que importa é o *objetivo terapêutico*, capaz de transformar *qualquer* atividade em *atividade terapêutica*. Isto é, na minha opinião, um *mito*.

Quando o profissional tenta colocar em prática essa incumbência, logo descobre os problemas que lhe acompanham. E as suas queixas mais comuns o testemunham. Elas nos dizem que em muitos lugares as atividades não têm nada de terapêuticas, mas são apenas ocupação, que há exploração do trabalho do paciente nos serviços de limpeza e manutenção do hospital; há somente recreação (bingo,

passeio, festas), sem um tratamento terapêutico; há atividades que são, na verdade, só exercício; que a superlotação, a proporção numérica entre terapeutas e pacientes e as miseráveis condições dessas instituições impedem um contato mais individualizado com os internos. Isso, somado à precariedade dos salários e das condições de trabalho, constituem obstáculos quase definitivos à realização do seu ato terapêutico. É, sem dúvida, angustiante conviver com essa situação paradoxal. De um lado, definidos como terapeutas ocupacionais, teríamos o saber e o poder para aplicar uma atividade num paciente ou num grupo tornando-a terapêutica. E, conseqüentemente, o dever de fazer isso e somente isso para não avançar sobre a fronteira das profissões afins. Por outro lado, as condições concretas em que esse ato terapêutico deve ocorrer o impedem, ou, pelo menos, limitam-no muito. Os terapeutas ocupacionais têm se sentido cada vez mais incomodados nessa situação e se esforçado para modificá-la. E é na direção desse esforço que eu gostaria de contribuir com algumas reflexões.

O uso de atividade é pensado e ensinado pelos terapeutas ocupacionais tendo por base os objetivos propostos para esse uso. Tanto é assim que os cursos dedicam boa parte de seu tempo para ensinar os alunos a realizar e analisar atividades nos seus vários aspectos. O problema está no fato de que o alcance e o significado real desse uso para as populações assistidas é determinado, na prática, pelas condições concretas das instituições que as assistem e pelas suas finalidades sociais implícitas. Entre os objetivos específicos da Terapia Ocupacional e o resultado do conjunto das ações institucionais sobre as populações sob seu encargo existe tanta diferença como entre o céu e a terra. Objetivos, intenções expressas, palavras, são uma realidade; idéias, ações e resultados concretos são outra. Os objetivos explícitos, nas sociedades ditas democráticas, são sempre os mais humanitários e científicos possíveis. Por isso, se concentrarmos nossa atenção sobre os objetivos específicos do terapeuta ocupacional no uso das atividades, estaremos enxergando só uma parte da verdade: a verdade oficial. É

essa idealização da prática que estou querendo colocar em discussão.

As atividades são vistas, geralmente¹, entre os terapeutas ocupacionais, como contendo em si mesmas propriedades terapêuticas que cabem ao terapeuta descobrir, através da análise de atividades, e adequar ao quadro patológico. É um pensamento de tipo causa/efeito que prevalece: procurar atividades que promovam, pelas suas próprias características, oportunidade para o exercício de determinadas funções. A atividade é usada como um remédio, certamente dentro do modelo médico (HOPKINS e SMITH, 1984, p. 5) DONALD: *atividade em si*, utilizada laboratorialmente como um momento de exercício físico, ou de aprendizagem de padrões motores, comportamentais, de hábitos sociais, profissionais, ou de *vivências emocionais*. A ação humana é reduzida aos aspectos imediatos do fazer, aquilo que o terapeuta ocupacional pode perceber e interferir durante a sua realização, ao que é visível a olho nu. A dimensão social objetiva, isto é, a situação concreta de vida dos clientes é excluída do horizonte profissional.

Se tomarmos o exemplo do hospital psiquiátrico, que é provavelmente onde essas coisas aparecem com maior clareza, pergunto: o que é terapêutico na assistência psiquiátrica? A medicação? O eletrochoque? Futebol? Trabalho remunerado? Cooperativas? Lares abrigados? Preenchimento do tempo livre? Atividades expressivas? Atividades corporais? Festas, passeios? Treinamento profissional? Interpretação dinâmica das emoções expressas através de uma ou outra atividade? Qual o sentido dessas práticas na instituição psiquiátrica? Como elas surgiram, com que finalidade e o que alteram?

Na primeira versão da psiquiatria moderna – a alienação do final do século XVIII e início do XIX –, os jovens médicos reformadores da assistência psiquiátrica *elegeram* o trabalho como sendo a mais rica atividade terapêutica no interior dos recém-criados manicômios. Para Pinel, "um trabalho mecânico rigorosamente executado é o mais poderoso instrumento de cura, de manutenção da saúde, da ordem e dos bons costumes" (PINEL APUD

Beatriz Ambrósio do Nascimento é auxiliar de ensino do curso de Terapia Ocupacional da UFSCar.

¹ Cabe ressaltar que essa não é a única visão presente na Terapia Ocupacional; é apenas uma das mais difundidas.

BIRMAN, 1978, p. 411). O trabalho era um dos pilares do tratamento moral, que predominou na psiquiatria durante toda a primeira metade do século passado. Quando o organicismo se impôs, o tratamento moral não desapareceu completamente, mas permaneceu até hoje na base da assistência psiquiátrica. Tudo o que se instituiu na psiquiatria foi com objetivo terapêutico. O manicômio e as práticas desumanas que aí têm lugar justificam-se por ser um *meio de tratamento*. A exclusão do doente mental, o isolamento, as grades, o autoritarismo, a imposição da ordem e da disciplina são justificadas em nome do tratamento. Através do trabalho e das ocupações dirigidas, o médico exercia um domínio absoluto sobre a vida de todos aqueles diagnosticados como doentes mentais. Aqueles cujos comportamentos são incompreensíveis à lógica racionalista-capitalista e se distanciam do padrão exigido socialmente – definido como padrão de normalidade – foram considerados, pela nossa sociedade, incapazes, irresponsáveis e assemelhados às crianças, que necessitam de um tutor legal. Esses indivíduos, até hoje, perdem todos os seus direitos civis, inclusive de responder às próprias necessidades e vontades. No hospital psiquiátrico, mais ainda: perdem o direito de circular, de ir e vir, de ficar sozinho, de manter objetos pessoais e de recusar o tratamento. Nesse contexto que mortifica e irribecilia, o trabalho e ocupações lhe são aplicados com *objetivos terapêuticos*. De Pinel aos nossos dias, essas *atividades terapêuticas* vêm sendo usadas para camuflar a violência e a dominação que se produzem nessas instituições e para manter a ordem no seu interior.

Os alienistas do início do século passado afirmavam que o trabalho era em si mesmo terapêutico, pois realizá-lo implicava na aprendizagem da ordem, da realidade e da sociabilidade. Mas ele era uma parte do tratamento moral e este, na essência, uma relação de poder. Para os alienistas, tratar era dominar a loucura e anular todos os sinais de individualidade e diversidade; era homogeneizar, converter o louco num ser regulado pelas regras. Através de todo o sistema de normas rígidas, de privilégios e sanções e do controle do tempo, dos corpos e das ações dos internados que compõem a rotina hospitalar, tem lugar um determinado tipo de relação, vista pelos alienistas como terapêutica;

uma relação caracterizada pelo poder absoluto do médico para inculcar a disciplina e a obediência nos pacientes institucionalizados. Ou seja, ainda que propagassem os objetivos terapêuticos do *trabalho*, o que o tornava *terapêutico* era o tipo de relação – autoritária – que através dele (e das outras práticas manicômiais) se estabelecia com os doentes.

Isso não quer dizer que os psiquiatras de então tivessem plena consciência desse papel de agentes da exclusão e agissem clinicamente. O que eles não perceberam (e talvez naquela época não pudessem perceber) foi que esse tratamento não respondia às necessidades da população atendida, mas às instituições destinadas a produzir e administrar essa população e sua miséria. Através do trabalho e das ocupações terapêuticas? Não só, mas também. Poderíamos dizer que, para os defensores do tratamento moral, o mito da atividade terapêutica consistia em tomar o *trabalho* no interior do manicômio como terapêutico e não considerá-lo inserido no sistema institucional que tinha uma função social não explícita, de legitimação da exclusão e da gestão dos comportamentos não-conformes.

Penso que podemos aprender com aquelas experiências e perseguir uma consciência mais ampliada da nossa atuação profissional. Primeiro, porque o presente não está desvinculado de todo um encadeamento histórico; segundo, porque o hospital psiquiátrico continua aí e ampliou-se para além de seus muros. Por isso, refletir sobre a história da assistência psiquiátrica, dos serviços de saúde e assistência social e sobre a atuação desses profissionais em confronto com as necessidades concretas das classes subalternas é, na minha opinião, um ponto de partida fundamental para que as nossas melhores intenções não sejam ludibriadas por esse sistema assistencial contraditório que está aí e possamos nos tornar agentes da transformação. Até hoje, muitos terapeutas ocupacionais insistem em focalizar sua atenção sobre as propriedades terapêuticas intrínsecas das atividades e utilizá-las de acordo com a sintomatologia do paciente. Isso é, para mim, um mito, produzido e alimentado pelos textos de Terapia Ocupacional. É uma crença no poder mágico *da atividade* (produtiva, artesanal, expressiva ou recreativa) como tratamento institucional das populações desviantes.

Um Novo Mito?

Talvez essa idéia da atividade em si mesma terapêutica já não seja mais tão forte entre os terapeutas ocupacionais. Hoje, existe uma outra visão, sobre a qual também devemos refletir, pois pode estar se configurando uma nova versão do velho mito. É o entendimento de que as atividades só se tornam terapêuticas quando, através de sua realização, se estabelece entre o terapeuta, o paciente, o grupo e a atividade, uma *relação terapêutica*. Os objetivos terapêuticos dependem, pelo menos em igual medida, da consideração, juntamente com a realização de atividades, dos aspectos subjetivos presentes nas relações: do paciente com a atividade, consigo próprio, com o terapeuta e com o grupo e do terapeuta com o paciente, a atividade e o grupo. A referência é a psicoterapia (nas suas várias vertentes) acrescida das atividades e da compreensão de seus aspectos subjetivos. Temos aí, sem dúvida, uma ampliação da idéia de terapêutica. O que pode curar ou fazer adoecer não é mais a coisa, o objeto ou o fazer em si, mas as relações do homem com o seu fazer. Tudo resolvido? Aparentemente. O problema é que essa relação terapêutica é captada somente na sua dimensão subjetiva, enquanto relacionamento interpessoal. E, conseqüentemente, também a ação humana é reduzida, não mais ao fazer em si, mas ao seu significado subjetivo, emocional. Novamente o homem concreto, na sua vida/ação prática – na instituição e fora dela – escapa do âmbito do tratamento.

Mesmo aqui, não é que se diminua o valor da atividade. Esse mito não está superado porque sustenta o que costumamos chamar de *o nosso específico*. Superá-lo, acredito, significaria questionar o fato desse específico estar centrado no instrumento de trabalho (a atividade) e não na situação e nas necessidades concretas da população excluída e marginalizada que freqüenta as instituições em que trabalhamos. Essa discussão ainda não foi enfrentada pelos terapeutas ocupacionais. E por isso o velho mito reaparece, de roupa nova. A análise de atividades continua no centro do sistema, só que ela não mais se limita à detecção das demandas musculares, nervosas, motoras, cognitivas e comportamentais de cada atividade ou de cada fase, mas vai enfocar principalmente os

seus aspectos psicodinâmicos (FIDLER e FIDLER, 1963). Mesmo aí, a atividade continua sendo usada como um remédio: expressão dos impulsos inconscientes, sublimação, catarse, etc.

De fato, essa concepção incorpora uma outra dimensão do real, que é a *qualidade da relação* que se estabelece entre o famoso tripé (terapeuta-paciente-atividade) e, mais recentemente, o grupo. A importância da relação intersubjetiva no processo terapêutico foi uma descoberta da psicanálise, que se expandiu para várias modalidades psicoterápicas, inclusive a Terapia Ocupacional. Para não se confundir com as outras, a Terapia Ocupacional procura, na medida do possível, incorporar a psicodinâmica das atividades nessa relação. Uma nova essência da Terapia Ocupacional? É através da compreensão dinâmica das atividades e da relação que o terapeuta ocupacional se aproxima das necessidades do paciente. Mas que tipo de necessidades são consideradas como tais? Somente as emocionais e as que dizem respeito ao relacionamento interpessoal (projetado ou transferido para a relação com o terapeuta). Porque são essas coisas que o instrumental psicodinâmico permite perceber e, em alguma medida, responder (FIDLER e FIDLER, 1963, cap. VI). Os objetivos do tratamento são definidos a partir das informações colhidas por um instrumento capaz de detectar certos tipos de necessidades: emocionais inconscientes. Novamente, é a técnica que define os objetivos e os procedimentos terapêuticos. Obviamente, os fatores emocionais intra e intersubjetivos são também essenciais na vida humana. O problema está na absolutização que se faz deles na intervenção terapêutica.

Apoiar-se na inegável importância da ação do ser humano e dos seus aspectos subjetivos e traduzir isso na aplicação de determinadas atividades num contexto laboratorial é uma redução perigosa, com graves conseqüências práticas: o desvio do olhar do *Homem* em crise, nas suas relações concretas, para a *coisa*, o *exercício* ou a *vivência*. Separa-se o ato terapêutico da situação institucional dos clientes, que é caracterizada pela total ausência de direitos dos assistidos. Essa situação define a qualidade da relação dos pacientes entre si, com os atendentes, técnicos, médicos, família, e está dada ante-

riormente à entrada do paciente na instituição. Tal relação enraíza-se numa problemática mais geral e impessoal que se refere à função social das instituições de assistência. Além disso, abstrai-se a ação humana das condições que a determinam: do fato dessa população ser marginalizada e excluída porque sua diversidade é entendida e tratada como uma falha ou deficiência a ser, na medida do possível, corrigida; do fato de não serem considerados cidadãos porque não entram no circuito produtivo; do fato de, por isso mesmo, não terem assegurado o direito à uma vida digna e autônoma: o direito ao trabalho, à moradia, à alimentação, ao transporte, ao vestuário, à cultura, à arte, ao lazer. Trabalhar, comer, vestir-se, pintar, divertir-se, crescer, etc. São ações que requerem, para os pobres (doentes ou não), muito mais do que habilidades motoras, cognitivas e emocionais. Requerem, em primeiro lugar, o reconhecimento do direito de fazê-las; em segundo, o reconhecimento de que esse direito lhes é negado; em terceiro lugar, a mobilização dos esforços por parte do paciente, da família, dos técnicos, da instituição para agir contra essa negação ar-

bitrária: dentro da instituição (construindo-se espaços de conscientização, responsabilização e reivindicação) e fora dela igualmente, e também se unindo aos outros movimentos populares, exigindo dos órgãos públicos as respostas que não estão sendo dadas. A intervenção técnica centrada na atividade laboratorial (a marcenaria, a pintura, etc.) ou na relação terapêutica opera uma divisão entre o técnico e o político que só beneficia a própria técnica porque a exime de assumir outras responsabilidades. E tranquiliza, artificialmente, a nossa consciência.

Não existem receitas para uma nova prática. Mas a direção pode e deve ser claramente assumida: é a ação transformadora dos técnicos e pacientes juntos, a partir e no processo de restituição do paciente à condição de *Homem*, sujeito de sua própria história, participante do seu destino; uma intervenção – ao mesmo tempo técnica e política – que enfrente diretamente a complexidade dos problemas e dos limites impostos aos nossos clientes e à nossa competência profissional e descubra, com eles, caminhos possíveis.

Referências Bibliográficas

- BIRMAN, J. 1978. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal.
- FIDLER, G. S. e FIDLER, J. W. 1963. *A communication process in psychiatry Occupational Therapy*. New York, MacMillan.
- HOPKINS, H. L. e SMITH, H. D. 1984. *Willian and Spackman's Occupational Therapy*. 6ª ed., Philadelphia, J. B. Lippincot Co.

Bibliografia

- BASAGLIA, F. e BASAGLIA F. O. Il tecnico del sapere pratico. In: ————. *Crimini di Pace*. Torino, Giulio Einaudi, 1975.

RESUMO

Este artigo discute as concepções predominantes entre os terapeutas ocupacionais sobre o uso de atividades como instrumento terapêutico. Refere-se à crença em que as atividades têm, em si mesmas, propriedades terapêuticas, o que referendaria seu uso laboratorial como um momento de exercício físico, de aprendizagem de padrões motores, comportamentais, de hábitos sociais, profissionais e de vivências emocionais. A corrente psicodinâmica acrescenta à análise de atividades os aspectos emocionais inconscientes destas e da relação paciente-terapeuta-atividade. Em ambos os casos, as condições concretas da vida e da ação dos pacientes permanecem fora do âmbito de intervenção do terapeuta ocupacional.

ABSTRACT

This paper discusses the most common conceptions among the occupational therapists about the use of activities as a therapeutic aid. The belief in the intrinsic therapeutic properties of the activities, by itself, is discussed as well as its laboratorial use, as a moment for doing fisics exercises, for learning standarts of motricity, behavior, social and professional habits and for emocional experience. The psicodinamic view add the inconscients emocional factors in the analisy of the activities and in the relationship between therapist-patient-activity. In both cases the patient's concret condicions of life and action do not enter in the occupational therapist specific intervention.