

Aspectos Teóricos da Atuação da Terapia Ocupacional

MARIA MARTA DE OLIVEIRA SAMPAIO

* Terapeuta Ocupacional do Instituto de Psiquiatria do Ceará.

* Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Fortaleza — UNIFOR.

Segundo várias escolas filosóficas o homem só permanece como ser social enquanto trabalhador. Assim, a sociedade dependendo do seu estágio, deverá oferecer algum tipo de trabalho, sob pena de retroagir, ao seu cidadão. Este trabalho poderá ser do físico ao intelectual, do rudimentar ao sofisticado, do de objetivos imediatos ao de objetivos mediatos. Mas todo trabalho oferecido deve, por sua vez, oferecer prazer: o do exercício criativo, o da execução integrada e o de produto finalizado. Este prazer será identificado no homem sob dois modos: sensação de crescimento individual por utilidade grupal e catarse por desvio da agressividade (inata e/ou reativa).

Se levarmos em consideração a diferença entre ação histórica (movimento objetivo geral da sociedade) e discurso histórico (intenção verbalizada pelo agente) veremos que a terapia ocupacional vem tendo desenvolvimento dependente e conflituado. Exemplos concretos disto são Pinel e as Guerras Mundiais. O discurso histórico de Pinel, ao dar início à terapia ocupacional, é o da libertação humanitária, caritativa, dos loucos. Não mais ver o hospital psiquiátrico como depósito de párias em processo irreversível de demenciação. Em Foucault descobre-se a razão oculta de tal discurso: o jogo de mercado requerendo mão de obra, o jogo político requerendo aumento das fronteiras psiquiátricas a fim de englobar todos os marginalizados pelo processo social. Nas guerras Mundiais a terapia ocupacional se concentra na reabilitação física, visando recuperar mão de obra para o esforço de reconstrução.

Definindo que homem e ocupação são termos de uma mesma equação; definindo que o neurótico é homem que não perdeu suas ligações com o real, suas responsabilidades econômicas e familiares, que ocupação, visando terapia, lhe dar?

1o. — Ocupar por ocupar. Repetir, no hospital, o ocupar alienado do trabalho industrial de onde o paciente provém. Dentre os pacientes atendidos, 33,2% trabalham em indústria, principalmente beneficiamento de castanhas e têxtil. Das profissões ocupadas anteriormente pelo paciente, 11,4% pertencem à indústria. Esta manutenção visaria não desmecanizá-lo, isto é, mantê-lo capaz de retornar à produção industrial, mas não pode ser considerada terapêutica.

O problema da alienação do trabalho remonta à Escolástica. Poderíamos definir: a) Trabalho heterotético — aquele que não parte de escolha pessoal, só um segmento do produto é executado pelo indivíduo não há controle pelo trabalhador da própria remuneração, nem da comercialização

do produto. Este é o trabalho existente em nosso meio; b) Trabalho autotético — aquele que parte de escolha de pessoal, mesmo se execução de parte deve haver conhecimento da totalidade do trabalho para que o indivíduo não perca a noção de fim, adequabilidade da remuneração às necessidades de quem produz e cooperatividade na comercialização do produto.

2o. — Ocupar como aprendizado de alternativa de produção. Colocar para o adoecido a noção de trabalho autotético, conscientizá-lo de seus papéis de produção e ajudá-lo a problematizar tais papéis. Este paciente desmecanizado, pela dinâmica dos jogos de mercado, transcendentemente a ele, será obrigado a retornar ao trabalho industrial. Ao quadro que se reativará, outros fatores ansiogênicos se apresentarão: a desabitucação e a consciência crítica.

Com isto estamos tentando visualizar a terapia ocupacional também como um pensamento e não apenas como um instrumento técnico. No IPC, quando a ocupação consegue ultrapassar o lúdico, ela se faz heteroteticamente, obedecendo aos preceitos da cultura. Assim teremos o hibridismo possível: costura e bordado para as mulheres, futebol e basquete para os homens, artesanato não remunerado para paciente já treinado em internação anterior de longa duração. O hospital é um grupo forçado, pois os membros não se escolheram para companheiros. Mas, dentro deste macro-grupo forçado, podemos constatar a formação de micro-grupos voluntários. Todos os preconceitos do grupo cultural de origem, da chamada população sadia, se repetem: os rituais de conquista amorosa, a segregação racial, a separação das atividades por sexo, a agressividade contra homossexuais, as discussões entre seitas religiosas, a formação de micro-grupos por faixa etária e por estado civil, o descaso aos velhos. Forma-se uma barreira muito forte entre "nervosos" e "loucos". Os "loucos" não se grupalizam entre si, tentam entrar nos grupos dos "nervosos" e por eles são rejeitados. Os neuróticos, tanto aqueles que portam nítida sintomatologia psiquiátrica, como os simuladores para ganho secundário da licença-saúde só se apresentam como "loucos" perante o psiquiatra. Por outro lado, nossa participação nas equipes como auxiliares de diagnóstico é bem mais produtiva e bem menos sujeita à contenda ideológica. Vendo o paciente em ação grupal, em atividade lúdica e no trabalho (mesmo sem questionar estas ações) podemos fornecer ao psiquiatra importantes indicadores do grau de operacionalidade do paciente, do grau de rutura com a identidade social e com a própria identidade.