

# Erros, acertos e consertos em um atendimento infantil

Camila Camargo Santarosa

## Resumo

Este artigo tem como objetivo apresentar reflexões sobre o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) por meio do caso clínico de uma criança. Partindo da problemática da distância entre a teoria e a prática, os primeiros encontros são descritos e comentados a fim de identificarmos onde estes dois elementos se aproximam ou se distanciam tendo como base os pressupostos e conceitos aprendidos durante a formação clínica no MTOD no Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO).

**Palavras-chave:** Método Terapia Ocupacional Dinâmica, clínica da infância.

## Abstract

This article aims to present reflections on the Dynamic Occupational Therapy Method (DOTM) through an occupational therapy treatment of a child. Starting from the problem of distance between theory and practice, the first encounters are described and discussed in order to identify where these two elements are close or apart from each other, based on the assumptions and concepts learned during the course in the Methods Occupational Therapy Specialty Center (OTSC).

**Keywords:** Dynamic Occupational Therapy Method, childhood clinical.

Este artigo é resultante de um caso supervisionado durante a última disciplina da formação clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), no Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (CETO). Entre diversas discussões de caso que tivemos durante as aulas, uma das tarefas das alunas era descrever o primeiro encontro de um atendimento para levantarmos algumas discussões sobre o olhar da terapia ocupacional com base no MTOD. A seguir, podíamos dar continuidade descrevendo os encontros subsequentes.

Quando parei para escrever sobre os encontros, e reli cada um, já fiquei imaginando quantas broncas levaria na supervisão! É difícil juntar a teoria à prática, ou até identificar o momento de tomar essa ou aquela decisão. Lembrei-me da época de estágio, quando me disseram que iria atender pela primeira vez uma criança com paralisia cerebral. Já havia lido muito sobre o assunto. Diziam que tínhamos que colocar os pacientes em algumas posições adequadas, “quebrar o padrão patológico”, acho que se lembram disso. Sabia o que fazer. Mas em nenhum livro e nenhum professor havia me contado que, para “quebrar o padrão patológico”, eu teria a sensação de “quebrar a criança” ao meio. Não sabia qual deveria ser a força necessária e permitida para que fizesse um bom atendimento. O que estou querendo dizer é que há uma distância considerável entre teoria e prática. É preciso desenvolver um olhar crítico e apurado. E, além de tudo, lembrar que há outros fatores que interferem na nossa prática: a dinâmica da instituição, nossos medos, ansiedades, cobranças, entre outros.

A proposta desde trabalho é mostrar o processo de mudança no decorrer dos atendimentos, na forma de olhar para nosso paciente e na maneira de pensar a relação, tendo como guia o Método Terapia Ocupacional Dinâmica nas supervisões de caso clínico.

### **A escolha do caso...**

Quando escolhi este caso para levar à supervisão, o meu objetivo era justamente dividir minha angústia por não saber como construir a relação com uma criança de dois anos de idade, que trazia consigo questões comportamentais, além do déficit físico, motivo do encaminhamento para a Terapia Ocupacional. Tenho observado que em muitas instituições há uma divisão: locais para realizar tratamentos da área física - aos profissionais não compete entrar na área da saúde mental; e aqueles específicos para problemas de comportamento, em que não se deve ater a questões físicas. Existem brigas constantes de “empurra-empurra” entre estes serviços de saúde. E quando a criança necessita de ambos os tratamentos? Fica com quem? Eu, contratada como terapeuta ocupacional da área física, serei cobrada, por exemplo, pela melhora da mão de minha paciente. Não me compete tratar questões relacionadas a comportamento?

Uma das primeiras lições que aprendemos no MTOD, é que este está inserido em um paradigma diferente do que geralmente estamos acostumados a vivenciar em clínicas e hospitais: o paradigma médico, aquele centrado na doença. O MTOD nasce dentro do paradigma da própria Terapia Ocupacional, centrado na saúde e nas capacidades do indivíduo. Desta forma, aprendi que é impossível segmentar o ser humano. Olhamos para ele como é: inteiro, onde uma coisa se relaciona a outra, onde um fato ou ação vai gerar comportamentos e sentimentos. Portanto,

dentro deste paradigma, não consigo pensar apenas na mão de minha paciente, que apresenta dificuldade para realizar os movimentos, e sim na relação que ela tem com seu corpo, sua forma de brincar e interagir com o mundo.

Mesmo sabendo disso, acabei escolhendo alguns caminhos que não condizem com os pressupostos aprendidos no curso e vou dividi-los para, juntos, refletirmos numa prática mais coerente com os princípios teóricos que carregamos, além de identificar a origem desses erros para eliminarmos ou, ao menos, tentarmos um caminho terapêutico e/ou educacional. Para fazer esta proposta, irei transcrever as frases enumeradas durante a descrição dos atendimentos e comentá-las, baseando-me nas discussões realizadas durante as supervisões no CETO e nas leituras realizadas durante esses anos de curso.

### **O primeiro encontro...**

**16/02/2011**

O primeiro encontro com E. deu-se na sala de espera da instituição. E. veio com a mãe e o que mais me chamou atenção nela foram seus olhos grandes, verdes. Uma criança muito bonita.

Andou até a sala da terapia ocupacional de mãos dadas com a mãe. Reparo na sua maneira de andar, apoiando-se mais em sua perna direita, enquanto arrasta a esquerda. O braço e a mão esquerda permanecem junto ao corpo, fletidos.

Converso com a criança, cumprimento, me apresento, dizendo meu nome e a convido para brincar. E. olha para mim e sorri. Sentadas no tablado, a criança, a mãe e eu, ofereço um brinquedo (uma casinha com peças para encaixar). Novamente sorri, mostra o brinquedo para a mãe, começa a brincar, usando somente o braço e a mão direita. Coloco então o brinquedo

do lado esquerdo de seu corpo, na tentativa de descobrir se, diante de um obstáculo, usaria seu braço esquerdo. E. vira-se para pegar o brinquedo com a mão direita. *Então, discretamente, seguro sua mão (direita), pensando em “avaliar a função” de sua mão esquerda.* (1) E. começa a chorar, gritar e se bater no rosto com sua mão direita. Afasto-me um pouco de E. e pergunto à mãe se ela costuma ter esse comportamento com frequência. A mãe diz que sim, sempre que é contrariada. Pergunto, então, se ela e o marido costumam realizar todas as vontades de E. Responde que não, porém, quando E. começa a se bater, acaba fazendo o que ela quer. Explico que, ao reagir desta maneira, estará reforçando o comportamento da filha, a idéia de que se começar a se bater conseguirá tudo o que quer.

Pergunto à mãe se sabe o porquê de E. ter sido encaminhada para a terapia ocupacional. Conta que a médica disse que era para melhorar a mão de sua filha. Digo que está certa, que a terapia ocupacional irá auxiliar E. a brincar de uma forma que ela aprenda e se desenvolva, porém, *acrescento que precisaria de sua ajuda em casa, seguindo as orientações dadas* (2). Concorda.

A primeira recomendação que dou é com relação ao comportamento auto-agressivo de E. Oriento a não realizar todas as suas vontades pelo fato dela se bater; repreender este comportamento e elogiar quando fizer algo positivo.

(1) *Então, discretamente, seguro esta sua mão (direita), pensando em “avaliar a função” de sua mão esquerda.*

○ que há de errado nesta frase? Só para relembrar, a minha proposta para E. quando a chamei na sala de terapia ocupacional era brincar. A maneira que E. consegue brincar diante de sua dificuldade em movimentar o lado esquerdo de seu corpo é usando o lado direito. ○ que fiz? A impedi de realizar a proposta que eu havia feito. Sempre

devemos ser honestos com nossos pacientes (ética) e, neste caso, ainda há o agravante de ser o primeiro encontro, importante para começarmos a construir uma relação que deve ser de confiança.

○ brincar é o instrumento ATIVIDADES da terapia ocupacional na clínica infantil, uma vez que essa atividade é constituinte e inerente ao processo de desenvolvimento da criança e permeia todo seu cotidiano (PELLEGRINI, 2008).

Segundo Benetton (1994), o paciente é aquele que tem uma necessidade ou vontade de fazer terapia ocupacional. A população-alvo é constituída daqueles que necessitam de terapia ocupacional e, na maioria das vezes, são reconhecidos pelo que não fazem. A população-alvo dessa clínica é a criança que apresenta alguma impossibilidade para brincar, e nossa investigação se concentra nos motivos pelos quais essa criança não brinca, seja por algum motivo de sofrimento, limitação (na exploração do ambiente e objetos), por não conseguir se expressar verbalmente (e não ser compreendida), ou ainda por vivenciar um cotidiano muito isolado e restrito ou repleto de atividades relacionadas apenas à sua doença (PELLEGRINI, 2008). E. foi encaminhada pelo que não conseguia fazer com sua mão esquerda. Seu prontuário chegou com um bilhete da médica neuropediatra pedindo para que eu olhasse sua mão.

Neste momento, creio que entram em jogo as particularidades do ambiente de trabalho e até nossas. Por conta daquele pedido senti-me cobrada, ou tendenciosamente obrigada a seguir o que havia sido pedido e, posteriormente, seria cobrado: olhar a mão de E. Olhando a mão de E., e não a criança em suas relações, me distanciei do MTOD.

(2) *acrescento que precisaria de sua ajuda em casa, seguindo as orientações dadas.*

O primeiro encontro é um momento importante, principalmente para acolher tanto a criança quanto a mãe. Creio que me precipitei em solicitar sua ajuda tão cedo, por mais importante que fosse. A terapeuta ocupacional deve ouvir, mais do que falar, estar atenta aos detalhes, ser uma boa observadora e ouvinte. Isso faz parte do diagnóstico situacional. Segundo Benetton (2006), o diagnóstico consiste na descrição e análise das condições sócio-emocionais as quais o sujeito apresenta nos primeiros encontros. Deve ser feito durante todo o processo. De início, ele é realizado através das observações da terapeuta sobre como, por que, o que e quando o paciente realiza as atividades, entre muitos outros aspectos aos quais devemos estar atentas, pois é a memória associativa da terapeuta ocupacional que permite reter informações e associá-las - instrumento precioso da análise do sujeito. Depois, ajudando a compor o diagnóstico, podemos obter outras informações: do diagnóstico médico, dos dados históricos dos profissionais que o atendem e da história indireta coletada entre familiares, amigos e outras pessoas que se relacionam ou que recentemente tiveram contato com o paciente (ex: professores).

## 2º encontro...

02/03/2011

Encontro com E. junto com sua mãe na sala de espera. Cumprimento às duas. Convido-as para ir à sala de terapia ocupacional. Sentadas no tablado, a criança e eu, ofereço um brinquedo, *começo a pegar em sua mão esquerda, com a intenção de avaliar melhor, alongar, trabalhar a parte física. E. não aceita qualquer intervenção ou regra. Se joga, belisca, se bate. Seguro E. abraçando-a* (3), pensando em oferecer estímulo proprioceptivo para acalmá-la, além de música,

porém nada funciona. Encaminho a mãe para a psicologia, conforme orientação recebida em reunião de equipe.

*(3) começo a pegar em sua mão esquerda, com a intenção de avaliar melhor, alongar, trabalhar a parte física. E. não aceita qualquer intervenção ou regra. Se joga, belisca, se bate. Seguro E. abraçando-a*

No segundo encontro, após 15 dias, a sala de terapia ocupacional ainda é um ambiente desconhecido para uma criança de dois anos. A terapeuta ocupacional deve ter o que chamamos de empatia, ou seja, se colocar no lugar de seu paciente. Pensando assim, podemos imaginar que, uma criança, quando entra numa sala cheia de brinquedos e cores, quer conhecer, tocar, pegar, brincar... A última coisa que deseja é que alguém a segure ou mexa onde a incomoda, impedindo-a de conhecer o ambiente à sua maneira. Estabelecer uma relação, uma transferência positiva com seu paciente deve ser a primeira meta em qualquer área de atendimento.

4º encontro...

30/03/2011

Vou ao encontro de E. e sua mãe na sala de espera e as levo até a sala da terapia ocupacional. Enquanto a mãe permanece na sala, a criança brinca, porém começa a chorar assim que recebe o primeiro não. Usa as duas mãos ao mexer na caixa de giz de cera. *Tento chegar perto de sua mão esquerda* (5), porém E. não permite. Quando a mãe sai para ir ao banheiro, E. começa a chorar e empurrar os brinquedos. A mãe retorna, continua chorando, puxa a mão da mãe em direção à porta. Remarco então a data do retorno e me despeço.

*(5) Tento chegar perto de sua mão esquerda*

Esqueço-me que a sensibilidade deste lado é diferente. Poderia ter aproveitado este momento para observar mais a criança, como ela se relaciona comigo, com a mãe e com os objetos. Esta é a forma que E. tem para se comunicar neste primeiro momento, principalmente porque não fala. O caráter de comunicação está contido no significado estabelecido na dinâmica de ação e reação dentro da relação triádica. Sem contar a história, a associação ou mesmo a demonstração de sentimentos, uma atividade ou ação podem vir a tornar-se um instrumento de comunicação, na medida em que apresenta essa particularidade.

Ainda sobre a atividade como possibilidade de comunicação, Jô Benetton recomenda levarmos em conta, além do que podemos perceber da história, alguma indicação dada pelo próprio paciente sobre como ele significa ou constrói um novo significado para uma atividade.

## 5º encontro...

13/04/2011

Como a minha sala estava sendo pintada, chamo E. e a *levo para a sala de fisioterapia* (6). Neste local há dois tablados. Enquanto fico com E. em um, a fisioterapeuta atende outra criança acompanhada de sua mãe em outro. E. estava chorosa, independente se tocada ou não. *Enquanto mexe nos brinquedos realizo massagem e alongamento em seu braço e mão esquerda* (7). Se bate, puxa o cabelo e até me morde, além de rejeitar os brinquedos, empurrando-os, atirando-os ao chão.

(6) *levo para a sala de fisioterapia*

Neste momento não posso dizer que agi errado, pois muitas vezes temos que lidar com diversas limitações impostas pela instituição ou por alguma intercorrência de qualquer ordem. O fato da sala

de terapia ocupacional estar sendo pintada me impediu de atendê-la neste local, por isso me dirigi à sala da fisioterapeuta, porém vi aqui uma oportunidade para discutir a importância do *setting terapêutico* e como deve estar organizada a sala de terapia ocupacional.

A sala preferivelmente deve estar organizada, com diversos materiais à disposição e de fácil acesso. Deve também se encaixar à clientela atendida, por exemplo, se eu atendo crianças, seria interessante a sala ter uma decoração atrativa para crianças, com cores, brinquedos, etc. Acima de tudo, a sala de terapia ocupacional deve ser um espaço acolhedor, um espaço para receber.

(7) *Enquanto mexe nos brinquedos realizo massagem e alongamento em seu braço e mão esquerda.*

Neste momento afasto-me do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. E depois fiquei pensando o motivo de ter agido dessa forma. Creio que o fato de estar sendo observada por outras pessoas, com um modo diferente de olhar, o medo de ser julgada, "forçou-me" a atender nos padrões utilizados por outros colegas. O MTOD tem uma maneira bastante particular de olhar o paciente e de atender também. Sinto que, ao usar o MTOD, o atendimento fica mais livre, solto, tanto para o paciente quanto para o terapeuta. Ele possibilita um espaço necessário para que este paciente se faça conhecer, da maneira que escolher (modo como observa a sala ao entrar, a escolha de uma atividade, quanto tempo para iniciá-la e mostra sua maneira de realizar atividades, etc.). Tudo isso, juntamente com informações obtidas de prontuário, outros profissionais e familiares, e que compõem o diagnóstico situacional, irão auxiliar na construção de uma relação e de um plano de tratamento efetivo.

**Após a supervisão****7º encontro...****11/05/2011**

Chamo E. e sua mãe na sala de espera. Na sala da terapia ocupacional deixo E. livre. Ela sobe no tablado sem ajuda e começa a mexer nos brinquedos que havia deixado à disposição. Pega os brinquedos, coloca alguns na boca e joga a maioria no tablado, no chão e em sua mãe. Sorri poucas vezes quando tento chamar sua atenção brincando com o mesmo brinquedo, dançando, cantando e fazendo cócegas em sua barriga, ou quando consegue abrir a caneta. Percebo que está mantendo sua mão esquerda mais aberta, pegando objetos com ambas as mãos. Como não deixa que eu chegue perto, oriento a mãe a fazer com que E. olhe para sua mão esquerda, leve sua atenção e sinta o lado esquerdo de seu corpo por meio de brincadeiras como contar os dedinhos e aproveitando também o banho para passar diferentes texturas no corpo, iniciando sempre pelo lado direito. No final do atendimento, converso com E., digo que estou lá para brincar com ela, a elogio, brinco. Ela sorri, toca meu rosto, então abro a porta, me despeço e E. sorri novamente.

Na descrição deste encontro, quero chamar a atenção para a minha relação com E. Como já foi descrito, a relação triádica é constituída dos termos: terapeuta ocupacional, paciente e atividades. Ela acontece num *setting* que contempla a observação dos fenômenos dessa relação na dinâmica de ação e reação (MORAES, 2008). Quando permito que E. brinque à sua maneira, consigo utilizar as atividades como instrumento, que tem por objetivos, dentre eles: a observação, a informação, a análise, a educação, o tratamento, a composição de histórias e a inclusão social. Para isso, as atividades são vindas e significadas na e pela relação triádica. E a relação, por sua vez, é sustentada no e pelo fazer atividades.

**8º encontro...****25/05/2011**

Encontro E. com sua mãe e sua irmã de seis meses de idade na sala de espera. Chamo-as para a sala de terapia ocupacional. E. vai chorando todo o caminho, relutando, não querendo ir. Deixo E. livre na sala para escolher com o que quer brincar, porém não cessa o choro e atira os brinquedos. Interessa-se por canetas, então deixo pegar a que estava no meu bolso e ofereço papel. E. começa a rabiscar. Ao riscar o tablado e furá-lo, é impedida por sua mãe dizendo que não pode e então começa a puxar seu cabelo, gritar, chorar, se bater. Mantém seu pouco uso da mão esquerda restrito a quando sente necessidade, realizando o movimento com dificuldade. Mãe conta que E. está reclamando quando, ao alongar, realiza extensão de punho. Oriento não forçar e perguntar ao médico se há algum motivo para reclamar desse movimento, já que o fazia anteriormente. Mãe conta que em consulta com a neurologista houve uma troca na medicação e, se E. manter freqüente esses comportamentos auto-agressivos poderá aumentar um pouco a dosagem. E. pega em minha mão e leva em direção à porta. Pergunto se ela quer que eu abra para ir embora. Ela aponta a porta novamente. Então marco o retorno no cartão e abro a porta. Vai embora chorando, puxando a mãe.

Saliento neste momento o respeito pela vontade e limite da criança. Segundo Pellegrini (2008), a terapeuta ocupacional deverá ser ativa, estar disponível para brincar e possibilitar momentos e situações de brincadeiras prazerosas que irão se constituir em marcas significativas provocando mudanças e transformações.

Sustentado na dinâmica da relação triádica, o terapeuta ocupacional faz uso dos procedimentos embasados no MTOD e nas trilhas associativas,

como técnica de análise de atividades, ajudando a tecer os fios que enredam e se desenredam em outros, fazendo com que o sujeito-alvo se aproprie de sua própria história, criando possibilidades de novas organizações em seu cotidiano, caminhando em direção ao social (FERRARI, 2008).

## Conclusão

Apesar da distância que há entre prática e teoria, causada por diferentes fatores que pudemos observar durante a descrição do caso apresentado, ao ter como guia o Método Terapia Ocupacional Dinâmica, sua leitura com relação às atividades e a relação triádica, consegui redirecionar os atendimentos para a dinâmica da minha relação com E. Olhar para esta relação em vez de olhar apenas para a sua mão “problema” me levou para mais perto de minha paciente, permitindo que se atingissem os objetivos da ação da terapia ocupacional utilizando atividades como instrumento: investigar, tratar e inserir socialmente por meio da experiência do fazer. À essa função terapêutica, deve ser incluída a função educativa contida no ensino e aprendizagem das atividades, que serão lidas não apenas como simbólicas, mas, principalmente, como parte do sujeito no mundo.

Muitas vezes é difícil mudarmos nosso paradigma, principalmente porque, geralmente, nos acostumamos ao paradigma médico desde a graduação. Mais tarde nos deparamos novamente com ele nas instituições em que trabalhamos e na convivência e troca de conhecimentos com colegas de trabalho. Convivemos bastante também com o paradigma da reabilitação, que seria o “voltar a ser”. Entendo que ninguém volta a ser o que era. Qualquer experiência pela qual passamos, seja ela boa ou ruim, nos torna diferentes. Mudamos a forma de enxergar as coisas, maneira de

viver e, muitas vezes também a maneira de nos locomover, comunicar e fazer. Somos dinâmicos, estamos em constante mudança. E mudar a forma de pensar é um desafio, portanto, como em todo desafio, estamos sujeitos a erros, acertos e concertos. Levo dessa experiência de mudança, partindo de um paradigma centrado na doença para um paradigma centrado na saúde e nas possibilidades, uma forma diferente de ver um copo com água pela metade. Com um olhar baseado no paradigma da terapia ocupacional, passei a enxergar um copo meio cheio e, nosso papel, como terapeutas ocupacionais, é sempre conseguir perceber as possibilidades do nosso paciente, o que ele é capaz de fazer para, a partir daí, construirmos uma clínica centrada nas necessidades da criança e sua família, trilhando com eles um caminho de conquistas e novos desafios.

## Referências Bibliográficas

BENETTON, M. J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas: Ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional**. Campinas: Arte Brasil Editora / UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

FERRARI, S. M. L. **Análise de atividades**. Revista CETO nº 11. São Paulo: CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2008.

MORAES, G. C. **Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica**. Revista CETO nº 11. São Paulo: CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2008.

MORAES, G. C. **Trilhas associativas: uma história contada a três**. Revista CETO nº 10. São Paulo: CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2007.

PELLEGRINI, A. C. **Brincar é atividade?** Revista CETO nº 11. São Paulo: CETO – Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2008.