

# revista *ceto*

Ano 12 - Nº 12 - Outubro de 2010

*ceto*

Centro de Especialidades  
em Terapia Ocupacional

---

## Diretora de Redação

Sonia Ferrari

## Editora Chefe

Jô Benetton

## Conselho Editorial

Alessandra Camargo Pellegrine

Ana Paula Mastropietro

Gabriela Cruz de Moraes

Giovana Martini

Luciene Vaccaro de Moraes Abumusse

Renata Cristina Bertolozzi Varela

Taís Quevedo Marcolino

Tatiane Luize Ceccato

Viviane Maximino

## Editoração eletrônica

Fábio Lesiv

## Revisão

Aline Rocha Lesiv

## Responsabilidade editorial

Vicente Barbado

ISSN: 1518-9716

---

A revista *ceto* é uma publicação anual que prioriza o estudo, a pesquisa e/ou o debate a partir da prática clínica. Os artigos publicados na revista *ceto* são de responsabilidade dos autores que assinam e não expressam, necessariamente, a opinião da revista. Correspondências para: *ceto* – R. Fradique Coutinho, 1945 Sala 1 – Vila Madalena CEP 05416-012 – São Paulo, S.P. Fone/fax (11) 3813.2131 e 3813.2426 www.*ceto*.pro.br e-mail: *ceto*@terra.com.br

Colegas,

Sempre estive em lugares onde Anna Verônica estava. Por motivos que talvez nunca venhamos a saber nunca nos falamos, até o ano passado quando fomos as primeiras a chegar na casa de uma amiga comum e ela convidou-me para sentar ao seu lado. Perguntou-me o que eu fazia e eu disse que era Terapeuta Ocupacional. Ela disse que eu tinha uma profissão muito importante e continuou com muito entusiasmo falando sobre Terapia Ocupacional, mas, eu já ouvia só em partes.

Meu cérebro perguntava: “o que essa grande estudiosa, conhecedora do Homem, com uma escrita aparentemente tão fácil como a rapidez de seu raciocínio e discurso esta falando? Pois é ela falava o que era para mim estranho: sobre conhecer e saber Terapia Ocupacional.

Será que era isso mesmo que estava acontecendo? Bem caras colegas, para encurtar minha escrita para que vocês se deleitem com o saber e o respeito dessa prolifera intelectual, conto que dei carona para ela na volta para casa para poder continuar ouvindo-a apesar de ter ficado tão excitada que acho que falei mais que ela.

Obrigada Anna Verônica,  
você já é minha amiga de infância,

Jô Benetton

## Terapia Ocupacional no ensino fundamental

Anna Verônica Mautner

Nem sei dizer se os alunos do curso fundamental continuam tendo ou não aulas de trabalho manual, uma vez que não me lembro de ter ouvido de ninguém, nos últimos tempos, comentários sobre o que teria aprendido a fazer nessas supostas aulas. Se elas existem ainda, não são levadas a sério, no mínimo porque não são passíveis de nota, e, portanto, não reprovam.

Lá pelos 30 anos atrás – quando ainda se faziam coisas à mão, não só com os dedos, como hoje em dia, que passaram a servir apenas para apertar botão – fazia uma grande diferença ter ou não habilidade manual. Aquele que tinha naturalmente esse dom não tinha dificuldades em vários setores da educação formal. Provavelmente era bom de caligrafia, de desenho, tinha nota boa “de ordem” e também nos trabalhos manuais. Esse era um tempo em que as pessoas tinham mãos, eram seres que desenvolviam habilidades específicas a serem feitas com a palma e os dedos das mãos – cada gesto com uma finalidade. Hoje a mão ficou para trás, serve para jogar bola, para dirigir automóvel, ou será que ela serve para muito mais coisas?

É uma pena que tenha ocorrido assim porque produzir coisas pode ser importante para o orgulho pessoal. Pode fazer parte da constituição de uma saudável autoestima. Gostar de um objeto feito com as próprias mãos, guardado pela mãe como lembrança, realimenta a nossa confiança em nós mesmos.

Quando se priva a criança da oportunidade de fazer coisas, tiramos dela uma possibilidade: olhar o que fez, ver que os outros gostam, mostram e também guardam dá uma sensação de gostoso na barriga. As crianças de hoje, a não ser que tenham mães muito jeitosas e caprichosas, não têm com quem se identificar para praticar a criação e feitura de pequenos objetos mercadologicamente insignificantes, porém afetivamente importantes como marcos de crescimento e transformação.

Existe um curso, uma profissão, que pode (creio eu) e espero que pretenda atuar nesse campo educacional: os terapeutas ocupacionais. Tendo em vista que todos nós, cada vez mais, recebemos tudo pronto e somos cada vez menos incentivados a nos tornarmos autores/criadores dos objetos de nosso uso pessoal, estamos, na minha opinião, bastante precisados de profissionais que nos despertem este interesse. Eles deveriam ser prestigiados, pois é pelo seu conhecimento e pela aplicação de suas técnicas e idéias que podemos criar as ligações neurais entre olho e mão. Esta ligação (olho/mão) é essencial para que sejamos “Homo Sapiens”. Esse só se torna passando pelo “Homo Faber”.

---

Em tempos passados, imitando pais que faziam, a criança não precisava da sabedoria do Terapeuta Ocupacional criando exercícios para desenvolver as sinapses entre olho e mão. Aprendia-se a fazer fazendo. As habilidades eram desenvolvidas no fazer, olhado o que os outros faziam.

O Terapeuta Ocupacional aprende nos seus bancos escolares a desenvolver essa relação tão importante para a nossa sobrevivência. Eu lamento que o encarregado de manter o homem humanizado seja o profissional que ostenta o título de “terapeuta” e não de “educador”. Terapia significa curar; educar é interessar, incentivar, motivar, deixar improvisar. Sem querer abalar o caráter terapêutico importante e tão necessário da atividade dos T.O.s na recuperação das sinapses, gostaria que esse saber também fosse utilizado na educação para o desenvolvimento de novas sinapses. Possivelmente as mesmas técnicas ou uma parte delas podem ser usadas tanto para recuperar sinapses perdidas (terapia) quanto para desenvolver novas e mais fortes sinapses (educação). Esses conhecimentos precisam ser transmitidos para os professores. As escolas precisam de terapeutas ocupacionais orientando os mestres.

# Sumário

## Artigos

**Novas histórias na relação triádica: Recorte de um processo de Terapia Ocupacional .....5**

Luciana Cordeiro

**Os significados do cotidiano .....9**

Melina Piráquine

Lucila Maria Di Giacomo

**Uma crise na maternidade .....14**

Erika Regina de Oliveira Colato

**A interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: Um convite feito há mais de 10 anos.....21**

Maria Gabriela J. P. Barboza Gomes

**O brincar na clínica da Terapia Ocupacional com crianças com deficiência física: Relato de um caso .....27**

Giovana Martini

**Conferência de abertura do XI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional- Fortaleza/CE - 2009**

**O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados. ....32**

Jô Benetton

**Apresentações do XI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional- Fortaleza/CE - 2009**

**Enquanto o futuro não vem...**

**Transtornos mentais precoces e a assistência em Terapia Ocupacional .....40**

Cristina Pinheiro de Sousa

**O uso do brincar na Terapia Ocupacional: Uma compreensão de experiência criativa e facilitação da participação social .....45**

Marisa Takatori

**Apontamentos sobre a construção de cotidianos: Narrativas de um serviço residencial terapêutico .....53**

Daniela Oliveira de Carvalho Veríssimo e Melo

**Pesquisas Premiadas no XI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional**

**Vivências lúdicas na pré-cirurgia: O que dizem as crianças .....58**

Cláudia Maria Vieira Menezes

**Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral-Ceará .....62**

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros

**Colaboradores deste número .....76**

**Normas para envio de artigos e resenhas.....78**

# Novas histórias na relação triádica: Recorte de um processo de Terapia Ocupacional

Luciana Cordeiro

## Resumo

Este trabalho descreve o recorte de um processo de Terapia Ocupacional realizado em consultório com uma paciente que trazia como queixa a dificuldade em dar continuidade às atividades que iniciava, levando ao esvaziamento de seu cotidiano. Os atendimentos foram realizados tendo como referencial teórico o Método de Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD).

**Palavras-chave:** relação triádica, cotidiano, contar histórias

## Abstract

This article describes an Occupational Therapy process taken place at an office. The patient's issue was the lack of continuity of her activities and as a result, she had an important shrink in her daily routine. The process had as theory basis the Method of Dinamic Occupartional Therapy.

**Keywords:** triadic relationship, daily living, story telling

## A velha história

Por telefone, procurei-me uma pessoa chamada Vera solicitando atendimentos de Terapia Ocupacional para sua irmã. Disse que a irmã não

estava nada bem: parou de tomar a medicação, estava agitada, falando alto e sozinha. Perguntei-me se poderia atendê-la naquele dia mesmo e eu a atendi.

Chegaram como combinado Vera, a irmã, Lia e a filha da paciente, Jéssica e conversamos as quatro. Lia é uma jovem senhora alta, visivelmente acima do peso, com cabelos grossos e pretos, que usava óculos e que não me parecia estar agitada e falando alto, apesar de sua voz grave. Também não mostrou estar assustada nem contrariada de estar ali, respondendo as minhas perguntas apenas. Quem falava mais era Vera, que contou dos gastos exagerados sem necessidade, do alto tom de voz, da falta de atividades para preencher o dia e da dificuldade que a irmã tinha em administrar sua medicação. Disse que a doença de Lia se manifestava dessa forma há mais de 20 anos e que já teve muitas crises ao longo desses anos. Há muitos meses Lia passava o dia em casa fumando, tomando café e conversando com as vozes que apenas ela ouvia. A queixa de Lia era diferente: dizia já ter tentado fazer muitas coisas na vida, sem dar continuidade a nenhuma delas. Já fez Terapia Ocupacional e psicoterapia, mas interrompeu os tratamentos. Não sabia dizer qual era a razão de ter parado a medicação e não discordou de nada do que a irmã e a filha falaram.

Benetton (2006) afirma que a população alvo da Terapia Ocupacional tem como ponto de partida a exclusão, e que o sujeito alvo está afastado de uma parte significativa das atividades cotidianas, interagindo de forma insatisfatória com a família,

na escola, no trabalho, tornando-o, quase sempre, um solitário. Percebi, então, que Lia tinha indicação para fazer Terapia Ocupacional. Fizemos um contrato de estar juntas para fazer atividades e combinamos de nos encontrar na semana seguinte.

### Uma primeira associação

Em nosso primeiro encontro, retomando o contrato de fazer atividades, sugeri que Lia desenhasse; coloquei lápis e papel na mesa e Lia iniciou seu desenho e sua história. Disse que sempre que a pediam para desenhar ela fazia o mesmo desenho: montanhas, uma casa, vegetação, nuvens e sol. Enquanto desenhava contou-me sobre sua infância, das lembranças que tinha do pai que a inferiorizava e cobrava ao mesmo tempo, da dificuldade que enfrentava na escola e na faculdade. Contou de como se sentia incapaz perante os irmãos e colegas. No entanto, não era essa imagem que comecei a formar de Lia; ela era muito clara quando se colocava, dizia querer mudar sua vida e falava sobre seus filhos com muito orgulho, apropriada da relação que mantinha com eles.

O desenho é terminado, fica guardado e não voltamos a falar sobre ele. Naquele dia fiquei imaginando que, na Terapia Ocupacional, Lia poderia criar histórias muito diferentes das que contou enquanto fazia o conhecido desenho. Mattingly (2007, p.11), em seu estudo a respeito do raciocínio clínico dos terapeutas ocupacionais, coloca que "os terapeutas do estudo falaram sobre construir imagens do paciente e, especialmente, imagens futuras de quem este paciente pode vir a ser. Eles acreditavam que o que traziam em mente, mais vividamente, quando tratavam pacientes, não eram planos ou objetivos de tratamento, mas sim, imagens do paciente potencial".

Além dos dados trazidos pela irmã, essas foram as primeiras informações que obtive para compor o que Benetton (1994, p.120) chama de diagnóstico situacional, "estabelecido pela análise das condições socioemocionais imediatas com as quais o indivíduo se apresenta para a nossa observação". Além disso, também contamos com os diagnósticos do médico e outros profissionais, da escola e da família, assim como os dados socioeconômicos, sociopolíticos e culturais para continuar fazendo a composição desse diagnóstico situacional.

### Outras atividades

Passamos a nos encontrar duas vezes por semana para dar continuidade à realização de atividades. Observei que em todas as atividades Lia é bastante caprichosa, as escolhe com cuidado, se preocupa com a combinação das cores, respeita as etapas de realização, cuida do acabamento e para quem presenteia o que faz.

Outras atividades que Lia realizou foram:

- bandeja de madeira: Lia e sua filha, após nossos encontros, passaram a se cuidar mutuamente, como por exemplo, é Jéssica quem se prontifica a me telefonar quando percebe que sua mãe não está tão bem e é Lia quem prepara uma alimentação especial quando Jéssica fica doente. A filha, então, foi presenteada com a bandeja. Em alguns momentos também entro nessa dinâmica com Lia, cuidando dela e deixando que ela se preocupe comigo, como quando fiz uma cirurgia. Assumo também outros lugares transferenciais: doutora, amiga, acompanhante, secretária, conselheira...

- quadro de mosaico: realizado a partir de um vitral de igreja que Lia conhecia; essa é mais

uma associação feita pela paciente na Terapia Ocupacional. Propus que fizéssemos um quadro de mosaico inspirado no desenho que ela se lembrava. Fomos, então, comprar as tesselas e a tela.

- compra de materiais: Lia conheceu e ficou maravilhada com as lojas de artesanato e, ao contrário do que eu temia, disse ter se sentido bem, sem os sintomas corporais que costumava ter (sentir fios subindo e descendo dentro dela; sensação de que é apenas um marionete sendo controlado). Essa foi mais uma descoberta das coisas que Lia tinha interesse em aprender. As buscas por materiais para realizar uma atividade é uma boa maneira de introduzir os pacientes nas compras, nos preços, em escolhas e, fundamentalmente, nas reais possibilidades de realizações (Benetton, 1994)

- pintura em tecido: Lia escolheu um desenho bonito, porém trabalhoso para copiar. Iniciamos a atividade e outra associação foi feita: uma história envolvendo a tia de Lia que mora em uma cidade pequena e tranqüila no interior, há muitos quilômetros de distância, e tem muita habilidade para pintar tecidos. Lia contou que certa vez não estava bem, andava muito agitada e resolveu passar uma temporada com essa tia. Viajou até lá, mas voltou logo em seguida, dois dias depois, pois não havia forma de sentir-se bem. Essa atividade ficou inacabada; de acordo com que coloca Moraes (2008), percebi que essa era a única possibilidade para aquela atividade, já que foi associada à uma história que Lia considerava de fracasso.

Em sua tese de doutorado, Benetton (op.cit. p.137) afirma: "(...) observo neles (nos pacientes) uma tendência a transformar a rotina do cotidiano em acontecimentos trágicos. A vida social (...) é carregada com um grande peso. No discurso, predominam exposições que colocam presentes a relação entre vida e morte, o afastamento da vida sexual e a monotonia em contraposição ao humor". A princípio era assim que Lia e sua

família percebiam seu cotidiano e suas relações. No entanto, nossos encontros eram sempre agradáveis, com momentos de descontração e construções, se aproximando muito do que Marta Allué, antropóloga e paciente da Terapia Ocupacional descreve: "O ambiente descontraído (no setor de Terapia Ocupacional) é sempre mantido (...). Foi na Terapia Ocupacional que comecei a rir de coração (...). Vi desfilar uma dezena de doentes. E todos sorriam pelo menos uma vez, mesmo que suas histórias pessoais fossem espantosas." (Allué, 1996, apud Benetton, 2006, p.103).

## O Natal

No mês de outubro Lia me contou que o dia de Natal é bastante simbólico em sua família, momento em que todos se encontram, as crianças abrem presentes e ceiam juntos. Naquele ano o jantar seria em sua casa, então ela seria responsável por toda a organização. A partir daquele mês, pensamos juntas sobre o evento: qual seriam os pratos e a sobremesa a serem servidos, bebidas, decoração, mobiliário e posição das mesas em sua casa. Além dessa atividade, Lia escolheu ainda fazer enfeites para o evento. Fizemos muitas atividades juntas. Nesses encontros ficava claro o estabelecimento da relação triádica (terapeuta - paciente - atividades), abarcando "todos os fazeres e acontecimentos de uma terapia" (Moraes, 2008).

Nos meses que antecederam o Natal Lia passou por alterações do humor, fases de animação, criação e possibilidades e outras de pensamentos de morte, cansaço, cabelos desganhados e sensação de fracasso. Nesses momentos era necessário que eu fosse mais ativa e emprestasse meu desejo de finalizar as atividades, que eram

tão significativas para ela (Moraes, 2008).

Lia contou-me depois que, apesar das dificuldades pelas quais passou, estava bastante satisfeita a respeito da noite de Natal, e que seus familiares tinham gostado muito de tudo que ela havia preparado.

### A nova história

Os encontros na Terapia Ocupacional permitiram que Lia pudesse se colocar de outra forma perante si mesma e seus familiares. A partir da relação que foi estabelecida, ela pôde ter maior circulação social e conhecer novas habilidades e gostos.

As atividades e a construção de possibilidades para essa paciente foram possíveis devido às sustentações do setting, entendido como “o local onde se constrói a relação triádica e deve ser confiável e continente suficiente para proporcionar experimentações e criar historicidade, exigindo da terapeuta uma postura ativa, efetiva e técnica.” (Melo, 2007, p.38). O setting estendido, isto é, fora do espaço físico delimitado por uma sala, permitiu os passeios de Lia comigo e até sem mim após meus telefonemas incentivando-a para que ela saísse para os novos compromissos que assumiu, como aulas de dança, manicure e grupo de passeio.

Além de vivenciar momentos saudáveis, Lia construiu auto-confiança, planos e reconhecimento. Foi possível a vivência de processo e continuidade, algo novo e gratificante para a paciente, além de seu maior projeto iniciado em um momento de crise: ter um cotidiano. Como diz Mattingly (2007), novas histórias na relação triádica foram contadas, diferentes das que a paciente e sua família tinham para contar.

### 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**. 3ª edição. Campinas: Arte Brasil Editora/ UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

MATTINGLY, C. **A natureza narrativa do Raciocínio Clínico**. Revista *ceto* nº10. São Paulo: *ceto*- Centro de Especialidades de Terapia Ocupacional, 2007.

MELO, D.O. **De lagarta a borboleta: um processo de Terapia Ocupacional**. Revista *ceto* nº10. São Paulo: *ceto*- Centro de Especialidades de Terapia Ocupacional, 2007.

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

# Os significados do cotidiano

Melina PiráGINE e Lucila Maria Di Giacomo e Auler

## Resumo

Este artigo apresenta o trabalho desenvolvido por terapeutas ocupacionais na Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jaú (AHTP) com pessoas portadoras de transtornos mentais moradoras desta Associação.

Trata-se de uma reflexão sobre o diagnóstico situacional dos moradores que devem cumprir a rotina institucional e a proposta de um programa de Terapia Ocupacional que busca resgatar elementos de cotidianidade e participações sociais para esses sujeitos.

**Palavras-chave:** diagnóstico situacional, cotidiano e atividades.

## Abstract

This article presents the work developed by the Occupational Therapy in the "Thereza Perlatti Association" in Jaú city with mentally ill people who live at the Association.

This is a reflection on the situational diagnosis of residents to fulfill the institutional routine and the purpose of a program of occupational therapy that search and rescue items of daily live and social insertion of these individuals.

**Keywords:** situational diagnosis, everyday life, activities

## Rotina institucional

8h- café da manhã; 8:30h - medicação; 9h- banho das mulheres; 9às 11h- oficina de atividades e pátio; 11:15h - almoço....

Este cronograma é o retrato de uma rotina institucional de um Hospital Psiquiátrico, onde a atividade diária é realizada por um grupo grande de pessoas, em um mesmo local, com horários pré-estabelecidos, independentemente da necessidade ou desejo de lá estar.

Com isso a rotina institucional estabelece uma padronização de comportamentos afetando diretamente a personalidade dos sujeitos habitantes. A longa permanência na instituição agrava ainda mais o quadro comportamental incorporando os sujeitos em uma padronização onde não se identifica diferenças corporais, psicológicas e sociais. Assim podemos dizer que os sujeitos perdem sua identidade, a noção de cidadania e de seus direitos, tendo apenas que cumprir seus deveres para se manter vivo.

Segundo GOFFMAN, (1961) "(...) se a estada do internado é muito longa, pode ocorrer, caso ele volte para o mundo exterior, o que já foi denominado "desculturamento" – isto é, "destreinoamento" – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária".

Os sujeitos descritos neste artigo moram em Instituição há muitos anos e em nossas observações percebemos que se desapropriaram de seus desejos ou da capacidade de assumi-los, não sendo personagens ativos de suas histórias.

Permanecem presos num tempo institucional, ou seja, no tempo à espera de atividades organizadas pelo outro, como atividades de vida diária e alguns atendimentos uniformemente organizados pela equipe técnica.

### **Um projeto em Terapia Ocupacional**

Em Benetton, Ferrari e Tedesco, (2003), encontramos que: “A rotina e os hábitos, entendidos como parte do cotidiano características da cotidianidade, introduzem uma certa sucessão nas atividades de vida diária. a vida cotidiana.” No mesmo artigo, as autoras citando Heller asseguram para o cotidiano “ descobrir o incomum no repetido”, e este pensamento foi que nos deu o alicerce para o nosso projeto de Terapia Ocupacional.

Em primeiro lugar em vez de esperar encaminhamentos para a Terapia Ocupacional, fomos diretamente até os moradores buscando diagnosticá-los situacionalmente.

Nos primeiros contatos, encontramos alguns sujeitos sentados ou deitados em bancos ou no chão, poucos interagindo com a pessoa que se encontrava ao seu lado. Cada um encontrava-se a seu modo no pátio, falando sozinho, com os braços ou pernas agitadas, mais quietos, fumando, procurando bituca de cigarro no chão, “jacareando”, enfim, cada um mergulhado em seu pensamento, em suas idéias, angústias e medos. Percebia-se uma despersonalização do sujeito, todos vestiam roupas que lhes eram enviadas, não tendo poder de escolha nem do tamanho, nem da cor, nem do modelo, muitas vezes eram de outros do mesmo setor; tinham o mesmo corte de cabelo (curto); a barba era feita pelo funcionário e em dias pré-estabelecidos; dormiam em camas aleatórias;

o setor era impessoal; os pertences pessoais, que conseguiam manter, eram guardados embaixo da cama ou nos bolsos.

O contexto descrito compõe o diagnóstico situacional do setor de moradores da AHTP.

Partimos em seguida a realizar o diagnóstico situacional de cada morador. No Método de Terapia Ocupacional Dinâmico, o diagnóstico situacional, segundo Benetton (2006), consiste na descrição e análise das condições sócio-emocionais trazidas pelo sujeito nos primeiros encontros, não sendo classificatória ou explicativa, nem presa ao diagnóstico médico, devendo ser realizada durante todo o processo da Terapia Ocupacional.

Assim, conforme atendíamos esses sujeitos, fomos compondo seus diagnósticos situacionais. Diante deles, propomos diferentes atividades em diferentes locais da Instituição e fora dela, construindo com isso settings estendidos, com o objetivo de resgatar suas histórias de vida, identidade, poder de escolhas, cidadania, e a possibilidade de construir uma nova história, sendo sujeitos ativos de suas vidas.

### **O programa de Terapia Ocupacional.**

Levamos em consideração os preceitos gerais do Método Terapia Ocupacional Dinâmica:

\_ As atividades, como terceiro termo da relação triádica (terapeuta-paciente-atividades), são oferecidas de diversas maneiras visando proporcionar ao sujeito sua identificação, buscando seu desejo para que tenha sentido durante a terapia.

\_ Estas atividades foram oferecidas em um setting terapêutico, cuja composição tem como elementos

presentes o Terapeuta Ocupacional e os materiais, fornecendo ao sujeito alvo um lugar de experiência do fazer e da continência no acolhimento desse fazer, sendo um espaço coleta de informações e possibilidade de intervenção por meio delas.

– “O ensinar e aprender, pressuposto de ação educativa, são diretamente dependentes da dinâmica de sustentação e apoio (transferência positiva) que a Terapeuta Ocupacional favorece em um setting de Terapia Ocupacional (lugar e espaço de construção e fazer, por isso, sempre passível de ser ampliado mais além da sala).” (BENETTON, TEDESCO, FERRARI, 2004)

Esses pressupostos colocam a diferença entre o projeto institucional e o da Terapia Ocupacional, cujo programa, sempre sofrendo alterações, hoje está composto por atividades como:

- “Reinventando meu espaço”: tem como objetivo a humanização do ambiente hospitalar através da decoração com quadros pintados por eles, identificação dos leitos com fotos e nomes, colocação de armários individuais nos quartos, acompanhamento até a rouparia para montarem seu guarda-roupa com as roupas escolhidas pelos mesmos.

- Oficina de culinária: realização de grupos semanais com as mulheres e homens, resgatando os papéis sociais (esposa(o), mãe/pai, filha(o)) ou a construção de novos, realizando os desejos trazidos e possibilitando a experimentação do fazer.

- Assembléia: espaço que proporciona ao sujeito ter voz ativa, fazendo reclamações, elogios ou sugestões sobre o funcionamento da Instituição;

- Festa dos aniversariantes do mês: Ocorre na última quinta do mês, cujo objetivo além de comemorar o aniversário, é resgatar a identidade de muitos que se perderam ao longo dos anos de internação.

- Oficina de Sucata: O projeto “Resgata Sucata” propõe o aproveitamento dos materiais reciclados para confecção de brinquedos realizados pelos sujeitos, para presentear crianças carentes das creches da cidade de Jaú. Tem como objetivo resgatar a cidadania e papéis sociais, através do fazer, possibilitando a integração com a comunidade, visando um tratamento mais humanizado e individualizado.

- Superquinta: surgiu com a necessidade e sugestão dos sujeitos de expandir as atividades de cultura e lazer propostas pelo Projeto Terapêutico, visando promover integração entre unidades de internações e comunidade; melhora na qualidade de vida durante a internação e trabalhar o estigma da comunidade frente ao Hospital. Ocorre uma vez por mês, na quinta-feira, aonde a comunidade vem ao Hospital para fazer apresentações culturais ou eles vão à comunidade para algum evento.

- Atividades externas: durante os grupos, os sujeitos expressam seus desejos, escolhendo lugares para visitar, tais como igrejas, comer pastel no mercado municipal, pescar no lago da cidade, fazer churrasco na chácara, entre outros.

- Reuniões de família: Ocorre mensalmente, com o objetivo de resgatar e fortalecer vínculos familiares, incentivar as licenças terapêuticas (saídas do Hospital acompanhados pelos familiares), apresentar o Projeto Terapêutico da Instituição, explicar sobre a doença e apontar as potencialidades do sujeito, que são muitas vezes esquecidas, e proporcionar espaços saudáveis de convivência em ambiente externo ao Hospital. Em algumas situações, também é trabalhada a alta hospitalar com o familiar e morador.

- Acompanhamento Terapêutico: O AT busca uma atenção mais próxima e individual, que possa dar ao sujeito uma certa continência, tanto psíquica quanto física, e que o acompanhe no resgate de

laços afetivos, familiares e sociais, ampliando assim “horizontes”, criando novas possibilidades de manifestações subjetivas e interações sociais. Trata-se, pois, de desobstruir, possibilitar, abrir-se para significações que a própria rua, a cidade e os encontros oferecem, possibilitando um setting estendido. Estimular e resgatar a cidadania, o poder de escolhas, a autonomia e iniciativa para realizar as atividades, visando a inserção social. Ocorre após levantamento do desejo e necessidade do sujeito em sair do Hospital, trabalhando o uso de seu dinheiro (muitos recebem Benefício Prestação Continuada (BPC) ou algum tipo de pensão).

Nestes settings todos os elementos da objetividade são tratados, cuidados, relacionados, sendo assim, o sujeito alvo está sempre em relação, seja ao ambiente, à família, aos amigos, a(o) namorada(o), ao funcionário..., e a toda uma rede mantida, perdida ou desejada por cada um. Essa relação com outras pessoas que estão fora do setting da Terapia Ocupacional é o que Benetton (2006), define como quarto termo.

O uso das atividades na Terapia Ocupacional que tratam o cotidiano como objeto e objetivo de seus procedimentos, isto é, da construção de vida cotidiana através da realização de atividades, se constrói no significado do campo do fazer.

“Os significados e significantes de atividades estão diretamente relacionados socioculturalmente aos indivíduos e em toda repercussão pessoal e social que eles podem alcançar.” (BENETTON, TEDESCO, FERRARI, 2004)

Diante disso, as atividades desenvolvidas pela Terapia Ocupacional na AHTP valorizam os desejos e interesses dos sujeitos, incentivando que os mesmos sejam sujeitos ativos de suas histórias de vida, construindo um cotidiano individual e não alienante como a rotina institucional.

Pensar em cotidiano nos remete a refletir

sobre as nossas rotinas, ou seja, sobre os caminhos já percorridos e conhecidos, trilhados maquinalmente, repetidamente como os hábitos. Já a vida cotidiana, segundo Heller, “(...) é a vida do homem inteiro, ou seja, o homem participa com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela colocam-se em funcionamento todos os seus sentimentos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias.” (BENETTON, TEDESCO, FERRARI, 2003)

## Conclusão

Observa-se que no programa institucional há uma alienação na rotina, uma anulação em suas ações saudáveis como projetos e inscrições sociais e um comprometimento na autonomia e independência em suas escolhas pessoais. O projeto da Terapia Ocupacional deve estar voltado à construção de cotidiano individual, na busca do encontro do sujeito consigo mesmo e com o outro, o resgate de sua história de vida e a construção de uma nova história, por meio do aprendizado de novas habilidades e capacidades, através da relação triádica (terapeuta-paciente-atividades). Que por meio do diagnóstico situacional possa avaliar a situação vivida naquele momento pelos sujeitos apresentados, e a repercussão social que os mesmos experimentam de forma particular. O Terapeuta Ocupacional deve estar atento também à inserção do quarto termo (família, amigos e comunidade...) na relação triádica, visando sua inclusão social, objetivo final da Terapia Ocupacional.

Diante disso, há um confronto entre o programa institucional e os projetos da Terapia Ocupacional, devido as barreiras ideológicas que dificultam que

os sujeitos permaneçam como personagens ativos em suas histórias de vida, mesmo fora do setting da Terapia Ocupacional.

Dentro do programa institucional no setor de moradores, os projetos da Terapia Ocupacional, junto à atuação da equipe interdisciplinar, mesmo com tais dificuldades e com a cronicidade desses sujeitos e da Instituição, vêm trilhando novos caminhos, conquistando junto aos sujeitos possibilidades de inserção social, como por exemplo, a realização de licenças terapêuticas, transferências para o Programa de Lar Abrigado, alta hospitalar e ampliação do setting para novos espaços, possibilitando novas inscrições sociais.

### Referências Bibliográficas

- BENETTON, M. J.. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental**. Campinas, 1994. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- BENETTON, M. J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. **Atividades e Dependência em um Método: Terapia Ocupacional Dinâmica**. In: Clínica das farmacodependências. Atheneu, 2004.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Editora Perspectiva S.A. São Paulo, 1996.
- TEDESCO, S.; FERRARI, S. **Acesso à teoria da técnica trilhas associativas**. Revista do *ceto* nº 5. São Paulo, 2000.
- CECCATO, T. L.. **Conexões e sentidos: recorte de um processo de Terapia Ocupacional**. Revista do *ceto* nº 7. São Paulo, 2002.
- BENETTON, M. J.. **Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional**. Arte Brasil Editora/UNISALESIANO. Campinas, 2006.
- BENETTON, M. J.; FERRARI, S.; TEDESCO, S.. **Terapia Ocupacional: função terapêutica e sua ação educativa**. Revista O Mundo da Saúde. São Paulo, 2000.
- TAKATORI, M. **A Terapia Ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano**. Revista O Mundo da Saúde. São Paulo, 2001.
- DORIS, P.. **Desembaraçando ocupação e atividade**. Tradução: Joana Benetton; Revisão: Cecília Cruz Villares. Revista do *ceto* nº 8. São Paulo, 2003.
- BENETTON, M. J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S.. **Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional**. Revista do *ceto* nº 8. São Paulo, 2003.
- RODRIGUES, K. P. **Terapia Ocupacional: do setting terapêutico para o palco da vida**. Revista do *ceto* nº 8. São Paulo, 2003.

# Uma crise na maternidade

Erika Regina de Oliveira Colato

## Resumo

Este artigo narra a recuperação de uma paciente que adoeceu após a gestação de seu quarto filho, em um contexto familiar desfavorável. Ela foi atendida enquanto esteve internada em um Hospital Psiquiátrico. Seu tratamento foi baseado no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica.

**Palavras-chave:** Crise, atividades, maternidade, estado puerperal.

## Abstract

This article describes the recovery of a patient who fell ill after the pregnancy of her fourth child in an unfavorable family context.

She was treated while hospitalized in a psychiatric hospital, following the method of Dynamic Occupational Therapy Method.

**Keywords:** crisis, activities, motherhood, puerperium.

## Introdução

No Hospital Psiquiátrico HELR, em Feira de Santana, Bahia, o grupo de Terapia Ocupacional acontece de segunda à quinta, pela manhã e na quinta-feira à tarde. Quando internadas, as pacientes são convidadas pela Terapeuta Ocupacional a participarem do grupo, que

apresenta uma frequência média de oito pacientes a cada encontro. Além da Terapeuta Ocupacional, coordenadora do grupo, por questão de segurança, uma funcionária da enfermagem participa do grupo. Ela controla o fluxo da porta, ajuda na distribuição dos materiais e convida ou encaminha pacientes aos leitos conforme lhe é solicitado. A sala do grupo é pequena e comporta no máximo dez pessoas, encontra-se anexa à enfermagem dos leitos e, quando aberta, é o único ambiente ao qual as pacientes têm livre acesso.

## Trilha Associativa

Val chega perguntando se vou mesmo lhe mostrar suas atividades antes de ir embora, digo que sim e a convido para um atendimento individual. Busco as atividades e as ponho sobre a mesa. Ela se surpreende e pergunta se realmente fez tudo aquilo, digo que sim, que ela fez bastantes coisas, e que se dedicou muito às atividades, aprendeu, experimentou, e que era muito legal ver tudo aquilo ali.

Ela pega as cartas, olha, lê e diz que não se lembra daquelas, que deveria estar muito triste quando as escreveu, diz que eram para Juninho, mas lhe dá tristeza só de olhar, e que não as entregará ao destinatário.

Pega os desenhos, observa-os, um a um, e começa a nomeá-los voluntariamente: Jesus, Olhar Piedoso, Kamila (parece-se com ela), Recorte Pra Juninho, então conclui: "todos são Jesus, né, Erika?".

Continua nomeando, “Brinquedos, Desenhos Para As Crianças, A Flor Da Valdinéia, O Boneco Da Kamila e O Porta-Retrato”, olha a massinha... “essa pintura – pano de prato pintado – eu posso dar para minha mãe”.

Após observar suas atividades, conta que as dará como presentes para seus familiares, pois já as fez com esta finalidade. Pergunto o que ela dará para seu bebê, ela diz que nada, pois não sabe do que ele gosta, nem como é, e terá que conhecê-lo melhor. Digo que ele lhe trará tanta felicidade quanto Juninho, seu filho querido, ela sorri. Pergunto o que ela fez para si e ela me responde que pode ficar com o porta-retrato, apesar de não ter pensado nisso. Pergunto se é suficiente, já que gastou tanto tempo com outros, ela responde que sim.

Peço que junte os trabalhos em sub-grupos. Ela então os separa em três grupos: o primeiro com todas as figuras de Jesus, o segundo com os presentes das crianças e de sua mãe, além das cartas, e último monte contendo o porta-retrato e as xuxinhas. Pergunto se ela quer me explicar o que significa cada um, ela diz que ao primeiro chamou de Jesus, A Sua Salvação, ao segundo de Filhos, Seus Amores, e ao terceiro de Val. Ela me diz que aprendeu muito como fazer coisas, mas também percebeu que tem que se apegar a Deus porque ele a fortalece, deve fazê-lo por ela e pelas crianças, porque sem Jesus não se pode nada, mas também tem que fazer sua parte e se cuidar.

Acrescento que concordo com ela, lembro que passara por coisas muito difíceis, o que talvez as cartas representem mais fortemente, que ela chegou ali muito mal e que deve pensar nelas como representantes desta fase, e uma possibilidade real de retornar àquele estado se não se olhar, se tratar e se cuidar .

Mostro as imagens de Jesus, ela diz que

representam a sua fé, digo que ter fé a fortalece, e seria, portanto, bom que retornasse a sua igreja, pois seria um porto seguro. Ainda mostro que uma das figuras de Jesus se parece com ela, e pergunto se ela mesma também não seria sua salvação. Ela se surpreende, diz que não havia percebido, e sorri.

Quanto ao grupo das atividades dos filhos, seus amores, digo perceber o amor que ela tem pelas crianças, mas não em relação ao filho mais novo, e fico muito contente em observar que aquele sentimento ruim em relação ao bebê passou, e que agora ela quer conhecê-lo. Ela acrescenta que ele nasceu em uma hora difícil, mas, depois, percebeu que o “bichinho” não tinha culpa, já não sente mais raiva dele, quer conhecê-lo, e recomeçar sua história com ele.

Confirmo que, realmente, tem de se responsabilizar por seus atos, manter seu tratamento, e ficar atenta à necessidade de ajuda em alguns momentos, mas que tem muita capacidade, e pode ser feliz, sim, desde que tome esta decisão e faça tudo que estiver ao seu alcance para alcançar seu objetivo.

Ela completa “Não jogar tudo nas costas de Jesus, né, Erika!”, frase que comumente digo nas sessões com os grupos. Sorrimos. Desejei muita sorte em seu retorno para casa, previsto para semana seguinte, e ela para minha viagem. Ela me entrega o pano de prato que daria a sua mãe. Tento recusar, mas diz que eu mereço e que deveria saber disso.

### **Primeiro Encontro**

Como se pode perceber, introduzo este trabalho relatando o final de um tratamento em Terapia Ocupacional.

O início deu-se durante uma sessão com um

grupo de Terapia Ocupacional, quando observei Val olhando pela janela. Ela o fazia silenciosamente, parecia estar observando o grupo, saía, caminhava pelas enfermarias e voltava à janela. Ficou assim, neste movimento, durante toda a realização da sessão, cerca de duas horas. Ao verificar a finalização do grupo, vem correndo e chorando até a porta e me pergunta se pode entrar.

Val está com os cabelos molhados, presos por um pedaço de pano, desalinhados, tingidos de loiro, com o rosto sujo, mau hálito, usa um vestido, sandálias de plástico azuis, e carrega um copo plástico vazio nas mãos; está magra, abatida, com olheiras, e tem aproximadamente 30 anos de idade.

Entra dizendo que tem várias facas invisíveis sendo enfiadas em seu peito por Junior, ofereço-me para ajudá-la, ela posiciona minha mão sobre o seu peito, e a impulsiona para longe de seu corpo, explicando qual a posição e o movimento que devo realizar a fim de retirar estas facas invisíveis. Feito isto, me agradece, senta-se e começamos a conversar.

Apresento-me como Terapeuta Ocupacional. Mostro a sala de atendimento, explico que ali é onde realizamos atividades e também onde a Terapia Ocupacional acontece, mostro o armário com materiais e atividades acabadas e outras por terminar. Explico que sempre que ela quiser ser atendida, deve me procurar naquele local, e informo que ali faremos atividades em grupo.

Val parece não entender onde está, observa todo ao ambiente com olhar desconfiado, questiona onde está e o por quê. Explico-lhe as indicações sobre internação, digo que talvez se encaixe em alguma, além das normas sobre a rotina hospitalar. Ela ouve e, de repente, questiona se irá embora e quando. Respondo que irá quando receber alta hospitalar, ela começa a chorar novamente,

dizendo temer que aconteça como no hospital Charcot. Porém, logo se recompõe e afirma que Junior, seu filho, a quis ali naquela escola, e em maio irá embora. Interrompe a conversa, se levanta, olha no espelho e diz sentir-se feia, chora novamente, mas, dessa vez, cessa logo o choro. Retorno à conversa sobre as atividades e Val conta que gosta de desenhar, proponho então esta atividade, diz que naquele momento não queria, que me encontraria no dia seguinte.

Ao sair, conta que teve um filho que se chamava Jesus, havia vinte dias. Em seguida corrige, dizendo que se chamava Renan, que Jesus foi quem lhe botou ali, sorri timidamente, fecha a porta e sai.

### Trilhando...

Agora, veremos como o processo ocorreu:

Após três meses e 33 atendimentos, Val, uma paciente atendida no grupo, pede para rever suas atividades comigo. Assim, resolvemos elaborar sua trilha associativa.

Val chegava aos primeiros atendimentos em um estado de grande angústia, tristeza e solidão, sentindo-se a pior das pessoas e acreditava carregar em suas costas o pecado do mundo todo (sic). Logo no primeiro atendimento ela já realiza uma atividade. Se insere na dinâmica do grupo.

Falava pouco, seu interesse estava na atividade, preocupando-se em presentear alguém com seus trabalhos. Quando o assunto do grupo não lhe agradava, ela se calava, saía da sala ou começava a cantar. Os assuntos do grupo normalmente eram suas relações interpessoais, atividades cotidianas e a ruptura destas, causada pela doença e pelas crises. Val não desejava compartilhar seus problemas, mas conversar sobre música, apenas.

Suas primeiras atividades eram desenhos com temas infantis como balões, pipas, bolas, o que me fazia pensar em seus filhos. Entretanto, quando eles se tornavam o assunto, surgiam “vozes, ou as pessoas queriam lhe fazer mal”, lhe causando grande sofrimento.

A partir da composição do seu diagnóstico situacional e o fortalecimento da relação triádica, percebi os sentimentos negativos e a culpa que Val depositava em Renan, seu filho recém-nascido, e o conturbado relacionamento com o marido, que a agredia física e emocionalmente, além do contexto emocional e social em que estava inserida, que demonstrava ser de grande pobreza financeira e afetiva, componentes que me ajudavam na elaboração de seu diagnóstico situacional.

O pano de prato, os fuxicos, a flor de fuxico, o boneco de fuxico, o porta-retrato, o biscoito (que ela chamava de massinha), atividades que abandonara, foram retomadas como auxiliadoras na narração da história de seus filhos, em que citava, de passagem, um tal “molinho” (Renan) que, no decorrer dos atendimentos, começa a aparecer com maior frequência.

Aos poucos me utilizo do grupo para trazer a tona o tema dos filhos, e Val vai elaborando e relatando seu relacionamento, seus pensamentos e sua história como mãe. Insisto em perguntar por Renan, o que a faz abandonar por algumas vezes suas atividades e começar cantar em voz alta e dançar, momentos em que eu recuava.

O olhar da terapeuta, calcado na relação triádica, foi essencial neste caso. Eu, ela e a atividade estávamos em constante movimento de avanço e recuo. Val estava se estruturando, organizando sua história, precisava elaborar muitas questões ao mesmo tempo, e o meu papel, enquanto Terapeuta Ocupacional, era ajudá-la nisso, mostrando o caminho, e não fazê-lo em seu lugar.

Val desenhava várias imagens de Jesus e também escrevia cartas discorrendo sobre seus sentimentos em relação ao filho mais velho, Juninho. Nestas atividades começam a surgir seu marido como um homem violento, que constantemente a humilhava, e lhe trazia grande sofrimento, e também questões como o abandono de sua religião e a falta de apoio familiar quanto ao desejo de acabar com seu casamento.

Eu e o grupo sempre discutíamos os assuntos que surgiam, levantávamos as reais possibilidades e o caminho que cada história de vida poderia tomar; pensávamos num futuro próximo e possível. Também explorávamos a função educativa da Terapia Ocupacional, abordando questões da sexualidade, tais como métodos contraceptivos, ou tratamentos medicamentosos. Assuntos que a princípio desagradavam Val, pois se recusava a tomar medicação, contraceptiva ou psicotrópica, o que influenciou em sua gravidez e posterior adoecimento. Os assuntos cotidianos eram os temas mais discutidos no grupo: homens, culinária, estética, viagens, filhos, sexo, pois o grupo e a intervenção com Val enfocavam a saúde.

Durante a jardinagem, as caminhadas e a confecção de tapetes, xuxinhas de cabelo e arranjos natalinos, Val interagia mais com o grupo. Pude observar que suas relações extrapolavam o setting; o grupo se cuidava e se ajudava mesmo fora deste, e as relações, inclusive a triádica, eram percebidas em todo ambiente hospitalar.

Assim, a intervenção em Terapia Ocupacional chegou a ser solicitada também durante o atendimento médico, a fim de travar um diálogo entre a médica e Val, já que permanecia calada durante os atendimentos. Mas a intervenção não logrou êxito. Chegando ao atendimento, peço para Val que exponha à médica em que deseja ser ajudada, ao que responde brevemente, dizendo

que tem sentido dores no corpo, e na cabeça, porque lhe judiaram, e ainda relata: “Endoidei quando pari; toda vez que paro é assim...” (sic). Levanta-se, diz que não quer dizer mais nada, pede licença e completa dizendo que se a médica quiser saber de mais alguma coisa, pergunte para mim, pois sei de tudo.

O foco de minha intervenção era a reconciliação de Val com Renan, o filho recém nascido. Eu tinha medo de que ela voltasse a agredi-lo, como fizera, antes de ser internada. Entretanto, outras questões surgem como algo a ser desvendado: o marido e a falta de suporte social e emocional. A princípio tentávamos elaborar juntas as possibilidades de ruptura com o marido, mas a situação se resolveu por si só, quando ele mesmo resolveu abandonar o lar. Contudo, não demorou muito, começou o sofrimento de Val por conta da separação.

Val começou o movimento de reconciliação com o filho. Sempre que era possível, eu a convidava para fazer um presente para Renan, o que ela nunca fez. Porém, eu trazia notícias dele e de seus outros filhos, os quais se tornavam assuntos no grupo, principalmente Renan, que começava a ser aceito. Tornava-se uma das preocupações da mãe. Certo dia, em que não disse nada sobre ele, ela me questiona, “E meu ‘bichinho’ Érika, ‘cê’ não tem notícia hoje, não?” (sic) E, aos poucos, a culpa pelo adoecimento foi transferida para a gravidez, e, depois, entendida como vontade de Deus. Seu filho passou a ser um desconhecido sobre quem se refere com tranquilidade, preocupação e interesse em conhecer.

Chegado o tempo de deixar o hospital, pude fazê-lo sabendo que Val teria condições de melhor elaborar a situação do abandono que sofrera pelo marido. Ela, inicialmente, se irrita e se afasta, depois se reconcilia, questiona meus motivos e se há responsabilidade nesta decisão, logo a partida do marido surge e pode ser reverenciada

e resignificada.

Sua rede social se amplia quando ela decide retomar suas atividades religiosas, perdando o pastor que lhe apresentou seu marido.

## Discussão

Anteriormente, a gravidez foi vista como um período de bem estar e tranquilidade. Entretanto, poucos dados da literatura, hoje, sustentam a idéia de que gravidez é, de alguma forma, protetora quanto à saúde mental. Assim, a incidência de transtornos do humor durante a gravidez é alta, até 70% das pacientes apresentam sintomas depressivos durante a gravidez e de 10 a 16% apresentam critérios de diagnóstico de depressão (Botega, 2007).

“Os fatores envolvidos nessa alta prevalência dizem respeito às diversas ocorrências biológicas na gravidez e da maternidade. Além de alterações hormonais, que provocam transformações no comportamento e no psiquismo da mulher nesses períodos, gravidez e maternidade implicam em mudanças da inserção social, e na organização familiar, na auto-imagem e na identidade feminina” (Botega, 2007).

Durante a gestação, é necessário evitar a prescrição de algumas medicações psicotrópicas, por seu efeito teratogênico, e nenhuma droga é considerada segura para ser utilizada. Por isso, comumente observa-se a interrupção dos tratamentos em pacientes psiquiátricos, implicando maior risco de recaídas (Botega, 2007).

“A gravidez e a maternidade funcionam como um marco no desenvolvimento físico e psicológico, modificando as condições e as perspectivas de vida da mulher, atualizam e remanejam os

problemas de integração psicossocial, reavivando conflitos antes reprimidos” (Botega, 2007). E os transtornos mentais no puerperal interferem não apenas na segurança da paciente, mas também de seu bebê, podendo a mãe negar o nascimento do filho, ou não reconhecê-lo como tal, o que, em estados mais graves, pode levá-la a cometer um infanticídio ou suicídio (Botega, 2007).

No período que permaneci no setor de internação no Hospital Psiquiátrico, pude observar vários casos de transtornos psiquiátricos no período puerperal, e o que me chamava a atenção era o sofrimento das mães em aceitar seus filhos, e como era complicado o seu retorno para casa, principalmente por causa dos transtornos ocorridos no seu cotidiano. Por vezes, esta volta era até mesmo indesejada, por isso, convinha que a reconciliação entre mãe e filho fosse feita antes da alta hospitalar. Escolhi o caso de Val, porque, ao ler seu prontuário, observei que me lembrava outro caso, atendido anteriormente, em que o processo de reconciliação fora árduo, porém satisfatório. Val passou por uma terceira crise com sua quarta gestação; jogou seu filho contra parede, ameaçou seu marido e seu próprio pai com uma faca, sofria muito com seus delírios e alucinações, e fora internada involuntariamente.

O atendimento de Val é norteado pelo MTOD, que tem a saúde mental como um dos pressupostos originais, “pois ela é a responsável pela construção do cotidiano, e a Terapia Ocupacional somente terá sentido na construção de um cotidiano se pensá-lo como veículo de ampliação de espaços saudáveis. E ao mesmo tempo, numa rua de mão dupla, pensar na saúde se faz necessário para construir ou reconstruir um cotidiano que foi interrompido por uma doença ou a repercussão dela” (Benetton, 2003). O rompimento se concretiza; como é o caso das integrantes deste grupo que, além destes fatores, têm o internamento como um agravante desta ruptura.

Val, quando chega ao grupo, tem sua vida entendida, compreendida através do diagnóstico situacional: O que faz, como faz, com quem faz, como é apreciado por ela, e pelo menos pelos que a rodeiam, isso tudo é que nos dá primeira noção de sua vida cotidiana (Benetton, 2003). Um diagnóstico não classificatório, ou explicativo, consiste na descrição e análise das condições sócio-emocionais que o sujeito apresenta nos primeiros atendimentos (Benetton, 2006). O Terapeuta Ocupacional obtém estas informações a partir de observações feitas durante a realização de atividades, e procura responder “em que história ela se encontra” (Benetton, 2003), sempre atualizando seu diagnóstico situacional. No decorrer do desenvolvimento do MTOD, percepções, observações, além de seu desenvolvimento técnico, darão uma localização do indivíduo no presente, passado e irão guiar possibilidades futuras (Benetton, 2006). Sendo a construção e organização do diagnóstico situacional essencial, pois contribui para este indivíduo excluído de seu contexto familiar, social, e afetivo a encontrar e reencontrar a história em que está inserido.

No grupo, as atividades são o instrumento sobre o qual vai ser sustentada a relação dinâmica tanto entre terapeuta e paciente assim como com o próprio grupo. Com as atividades, podemos tanto manter nossa função terapêutica, como nossas ações educativas. Essas funções e ações são, no setting, promotoras de aquisições que sem dúvida repercutirão como elementos chave de inserção social.

O Setting é o espaço onde ocorre a Terapia Ocupacional, e, conseqüentemente, o grupo que Val participa pode ser entendido como um espaço de fazer, criar, construir e reconstruir a história. Inclui a Terapeuta Ocupacional, o sujeito alvo, os materiais, e as atividades. Em situações

excepcionais pode existir um espaço, um setting estendido, com o mínimo de alterações possíveis, principalmente na conduta do terapeuta e em sua condução terapêutica (Benetton, 2003). Setting é visto como um espaço aberto internamente para receber e aberto externamente para estimular o partir, o sair deve ser uma das atividades previstas dentro do método (Benetton, 2006). É neste setting que as atividades devem adquirir significados na relação entre paciente e terapeuta e atividades, dando margem, assim, aos primeiros movimentos de uma relação triádica (Benetton, 2006).

A relação triádica – relação terapeuta – paciente – atividades – é o núcleo duro do MTOD. O grupo é considerado o quarto termo numa relação de Terapia Ocupacional; considerando a relação com os três primeiros termos, ele deve interagir nesta dinâmica fundamental, e deve ser lembrado pelo seu papel social. Logo, este quarto termo deve representar o social, além de que, deve ser aberto, ou seja, o ingresso do paciente deve ser voluntária e espontânea (Benetton, 2006). Contudo, o grupo pode ser “visto como espaço e como ferramenta, o estar em grupo como a principal atividade, e o formar um grupo ou sentir-se em grupo como os principais desafios” (Maximino, 2001).

Neste grupo observam-se as dinâmicas, identificadas pela autora BENETTON, (2006), como o grupo de atividades (cada paciente faz sua atividade e mantém com o terapeuta uma relação individual) e a atividade grupal (todos os pacientes fazem a mesma atividade e o terapeuta pode manter o grupo nessa relação de trabalho conjunto). Val participa destas dinâmicas em diferentes momentos.

Outro fator importante observado é a Coesão, explicada por MAXIMINO (2001), utilizando-se de CARTWRIGHT e ZANDER (1986) que a definem como resultantes de todas as forças que, agindo nos membros do grupo, fazem com que nele permaneçam: fator positivo, relacionado ao

desejo individual de participar e compartilhar experiências com o grupo, servindo como base para a interação social e o aprendizado interpessoal. Afirmando que a efetividade do grupo pode ser medida pelo grau de coesão, percebida quando as pacientes encontram satisfação pessoal e esperam ansiosamente pelo grupo, cita, por sua vez, MOSEY (1974); que a coesão contribui também para que o grupo alcance seus objetivos (Maximino, 2003). Esta coesão é percebida não somente durante o grupo, mas também quando as mesmas pacientes permanecem juntas em atividades de rotina do hospital, cuidando uma das outras, demonstrando preocupação mútua, mesmo em momentos de recaída, quando estar junto pode ser desagradável.

Após o trabalho da Terapia Ocupacional junto à equipe interdisciplinar, Val retornou ao seu lar, sendo recebida por todos os seus familiares e filhos, inclusive o pequeno Renan.

### Referências bibliográficas

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas**, 3ª edição, Campinas, 2006.

BENETTON, M. J. et al. **Hábitos cotidiano e Terapia Ocupacional**, Revista do *ceto*-8, 2003.

MAXIMINO, V. S. **Grupo de atividades com pacientes psicóticos**, 2001.

MAXIMINO, V. S. **Mulheres e o uso de benzodiazepínicos criando espaços para a saúde**. Revista *ceto*-11, 2008.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência**, 2ª edição, São Paulo, 2007.

### Notas

I. Bichinho é o termo regional afetivo para se referir a uma criança.

II. Molinho é o termo regional para se referir a um recém-nascido

# A interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: Um convite feito há mais de 10 anos

Maria Gabriela J. P. Barboza Gomes

## Resumo

Os objetivos deste trabalho são identificar quem são os sujeitos-alvo da Terapia Ocupacional dentro do Hospital Geral, discutindo a relação entre os constructos do Método de Terapia Ocupacional Dinâmica sujeito alvo e rotina hospitalarxcotidiano, e elencar quais são as funções do Terapeuta Ocupacional interconsultor de acordo com o Método.

**Palavras-chave:** interconsulta, hospital geral, rotina hospitalar, cotidiano.

## Abstract

The purpose of this paper is to identify the target subject of occupational therapy within the General Hospital, focusing on the relationship between the constructs of the Dynamic Occupational Therapy Method target subject and the hospital routine x everyday, showing the roles of the occupational therapist professional as a consultation liasion according to the Method.

**Keywords:** consultation, liasion, general hospital, hospital routine, everyday.

## Introdução

A interconsulta de Terapia Ocupacional surgiu dentro do Serviço de Interconsulta Psiquiátrica, que pode ser definida como uma área de conhecimento que se ocupa da assistência do ensino e da pesquisa da Psiquiatria com as outras áreas médicas e cuja proposta é avaliar e auxiliar a equipe no manejo de situações desfavoráveis (Smaira, 1999).

Segundo Shavitt, Busatto Filho e Miguel Filho (1989), existem dois termos usados para definir a relação da Psiquiatria com outras áreas médicas: a consultoria e a ligação. Aquela consiste na presença episódica do psiquiatra junto a alguma Unidade ou Enfermaria do Hospital Geral para avaliar o paciente e orientar no manejo da equipe com o paciente; enquanto a ligação constitui-se na presença do psiquiatra em uma equipe de enfermaria ou unidade do Hospital Geral, preocupando-se com a relação médico-paciente e equipe-paciente.

Os objetivos do serviço de interconsulta em Psiquiatria são: modificar a estrutura assistencial centrada na doença para uma forma centrada no paciente; valorizar a relação equipe-paciente; e aprofundar o estudo da situação do doente e dos profissionais nas instituições assistenciais; além de aproximar a saúde mental dos outros profissionais que trabalham no hospital (Botega, 2006).

O serviço de Interconsulta Psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina

de Ribeirão Preto- USP iniciou suas atividades em 1978 com equipe médica (docente supervisor, médico assistente e residentes). Em 1998, foram contratados psicólogos o que possibilitou a ampliação das atividades do Serviço.

O estudo realizado por Frizzo (2002) conta a história da implantação da assistência de Terapia Ocupacional no Serviço de Interconsulta Psiquiátrica do HCFMRP-USP, mostrando que essa assistência começou em 1996 com alunos de graduação de Terapia Ocupacional e aprimorandos do Programa de Aprimoramento Profissional em Terapia Ocupacional que eram supervisionados pela Terapeuta Ocupacional da Enfermaria de Psiquiatria.

A Terapia Ocupacional passou a integrar a equipe oficialmente em 1999 com a contratação de uma profissional da área.

A partir de 2005, o Serviço de Interconsulta Psiquiátrica passou a ser denominado Serviço de Interconsulta em Saúde Mental (SISMen) devido ao seu caráter multiprofissional e não mais focado na atenção médica.

### **A Interconsulta de Terapia Ocupacional**

No HCFMRP-USP, a interconsulta de Terapia Ocupacional faz parte do Grupo de Terapia Ocupacional Hospitalar (GTOH) e está lotada no SISMen, onde recebe estagiários do quarto e quinto anos da Faculdade de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto e aprimorandos do Programa de Aprimoramento Profissional de Terapia Ocupacional Hospitalar.

A interconsulta caracteriza-se pelo atendimento de pacientes encaminhados diretamente à Terapia Ocupacional e pela eventual consultoria prestada

a outros terapeutas ocupacionais que trabalham vinculados a determinadas Enfermarias/Unidades daquela instituição, como terapeutas ocupacionais de ligação.

Os objetivos do presente trabalho são identificar quem são os sujeitos-alvo da Terapia Ocupacional dentro do Hospital Geral e elencar quais são as funções do Terapeuta Ocupacional interconsultor de acordo com o Método de Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD).

A interconsulta de Terapia Ocupacional é acionada a partir de um "convite", isto é, de um Pedido de Interconsulta (PI), que consiste no preenchimento pelo profissional solicitante de um formulário próprio do Hospital que traz a clínica ou enfermaria onde o paciente está internado, o motivo de solicitação e a data em que ele foi elaborado.

A partir disto, o Terapeuta Ocupacional tem 48 horas para responder o PI e para detectar as demandas do paciente, ou seja, para identificar o sujeito alvo da Terapia Ocupacional<sup>1</sup>.

As pessoas que estão internadas no Hospital Geral têm um único objetivo: seu tratamento, combater a doença que causou sua internação. Desta forma, todas essas pessoas podem vir a ser sujeito alvo da Terapia Ocupacional, mas para que isso se concretize, caso não estejam internadas em enfermarias que contam com terapeutas ocupacionais, elas terão de ser encaminhadas ao Serviço de Interconsulta de Terapia Ocupacional e ter suas necessidades detectadas pelo Terapeuta Ocupacional. Para Benetton (2006), o sujeito alvo, muitas vezes, é reconhecido pelo que não faz ou por aquilo que vai ao encontro da doença e não da saúde; e ainda, é reconhecido por interagir de forma insatisfatória com a família, na escola, no trabalho e, pode-se acrescentar, no ambiente hospitalar (Benetton, 1994).

O sujeito alvo será identificado na medida em que a terapeuta começa a investigar a vida do paciente e começa a coletar informações para compor o diagnóstico situacional. "Para conhecer o sujeito-alvo, o Terapeuta Ocupacional lança mão do diagnóstico situacional, que é o levantamento de informações tais como quem é esse sujeito e como as pessoas o vêem (tanto frente ao seu tratamento quanto ao seu cotidiano)." (Moraes, 2008).

O primeiro elemento que irá compor o diagnóstico situacional, no caso da interconsulta, é o PI, que contém o motivo do encaminhamento do paciente e quem solicitou a interconsulta de Terapia Ocupacional.

O estudo realizado por Gomes (2008) mostra a caracterização clínica e sócio-demográfica da população que foi atendida pela Terapia Ocupacional do SISMen entre os anos de 2000 e 2005. Dentro das categorias da caracterização clínica estão os motivos de solicitação do PI, ou seja, qual é a razão pela qual o profissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos) decidiu pedir a presença do Terapeuta Ocupacional para avaliar determinado paciente que está internado no Hospital Geral.

Os motivos encontrados nos PIs encaminhados ao Serviço de Interconsulta de TO do SISMen não se adequaram aos elencados por Tedesco et al (2003) que foram: i) períodos longos de internação; ii) facilitação no manejo clínico com o paciente; iii) ampliação do campo relacional (paciente-familiar, paciente-equipe, paciente-paciente); e iv) criar condições de melhora e adaptação do paciente aos procedimentos necessários ao tratamento e à internação.

Assim, foram criados cinco grupos com os motivos de solicitação relacionados à: (i) "hospitalização", que engloba questões relacionadas à dificuldade do paciente de se adaptar à rotina hospitalar,

de ficar internado por um longo período e de se relacionar com a equipe; (ii) "ociosidade", que consiste na constatação de ociosidade do paciente e na necessidade de ocupação; (iii) "outros", incluindo auxílio para as práticas de Atividades de Vida Diária (AVDs), confecções de órteses, promoção de estimulação neuropsicomotora e/ou solicitação de Terapia Ocupacional pelos pacientes, uma vez que estes já haviam sido atendidos em internações anteriores; (iv) "aspecto emocional do paciente", ou seja, solicitação baseada em queixas ou diagnósticos psiquiátricos (como tristeza, desânimo, depressão, ansiedade); e (v) "ausência de descrição do motivos de solicitação" (Gomes, 2008).

Os profissionais da saúde que trabalham no Hospital Geral indicam a Terapia Ocupacional prevendo a existência de um sujeito necessitado, e, no caso do trabalho desenvolvido por Gomes (2008), os profissionais consideraram como necessitados de Terapia Ocupacional as pessoas que não se adaptaram à rotina hospitalar, apresentando assim dificuldade de se relacionar com equipe e/ou longos períodos de internação (que corresponde ao grupo "hospitalização" – 23%) e aquelas que manifestaram sentimentos ou comportamentos considerados difíceis de lidar pela equipe como choro, tristeza, ansiedade entre outros (correspondente ao grupo "aspecto emocional do paciente" – 34%).

Após essa "triagem" feita pelos profissionais solicitantes, o Terapeuta Ocupacional realiza encontros com os pacientes encaminhados para identificar se a percepção do solicitante é "real", ou seja, se há não adaptação do paciente à rotina hospitalar, prejuízos pelo longo período de internação e outras dificuldades que foram expressadas pelos pacientes como queixas ou diagnósticos psiquiátricos.

Portanto, são critérios para ser sujeito-alvo da

Terapia Ocupacional no Hospital Geral: (i) não se adaptar à rotina hospitalar; (ii) e/ou não aderir ao tratamento/procedimento clínico proposto; (iii) ter cotidiano interrompido pelo adoecimento/hospitalização e (iv) manifestar desejo de realizar Terapia Ocupacional.

A rotina, de acordo com o Dicionário Aurélio (2000), é o “Caminho já conhecido, em geral trilhado maquinalmente; sequência de atos, usos, observada por força do hábito”. A rotina hospitalar acumula várias ações que se repetem ao longo dos dias de forma inquestionável. Alguns pacientes não se incomodam com isso (não questionam, não manifestam sentimentos como choro, tristeza, ansiedade) e se mostram adaptados à rotina hospitalar para os profissionais de saúde, por isso eles provavelmente não serão encaminhados para a Terapia Ocupacional.

Já os pacientes que não se comportam desta forma, que questionam ou criticam o funcionamento institucional e querem impor “desajeitadamente” sua rotina no ambiente hospitalar são encaminhados para a Terapia Ocupacional por serem considerados pacientes “problema” ou “difíceis” ou “poliqueixosos”.

O Terapeuta Ocupacional entende que “ (a rotina institucional) mascara, dia após dia a identidade de cada indivíduo que ali se encontra, seus desejos, sua criatividade, seus sentimentos, seus sonhos...” (Rodrigues, 2003), mas também entende e defende a necessidade de se cumprir as regras e os horários estabelecidos pela rotina hospitalar. Assim, o Terapeuta Ocupacional busca oferecer ao paciente um lugar de expressão da individualidade das suas ações, proporcionando-lhe um espaço de negociações com a equipe sobre a rotina hospitalar e de criação/desenvolvimento de projetos individuais, sem que isso se caracterize como a construção de um cotidiano dentro do hospital.

A frequência desse encontros pode variar de uma vez na semana até vários encontros em um mesmo dia, dependendo da necessidade do sujeito detectada pelo Terapeuta Ocupacional. Se o paciente apresenta necessidades relacionadas diretamente a adaptação à rotina hospitalar, o terapeuta vai desenvolver ações mais pontuais como mediar a relação com a equipe ou com os familiares, fornecer algum esclarecimento sobre os procedimentos ou sobre a rotina institucional, fazendo um acompanhamento mais espaçado (uma vez por semana). Mas, se o diagnóstico situacional apontar para necessidades mais profundas, como a não adesão ao tratamento ou aos projetos de vida interrompidos, a terapeuta irá realizar um acompanhamento mais frequente (três ou mais vezes por semana), com o objetivo de promover o “deslocamento” dos projetos individuais para um lugar protegido, ou seja, inicialmente, para os encontros de Terapia Ocupacional, com o objetivo de tutelar essa nova rotina e/ou lidar com as capacidades latentes do sujeito, tanto para enfrentar a hospitalização, como para criar ou retomar seus projetos de vida.

Desta forma, o trabalho desenvolvido por Morais (2001) aponta como funções do Terapeuta Ocupacional interconsultor: (i) ampliar os aspectos saudáveis; (ii) diminuir ruptura e desorganização da vida cotidiana; (iii) auxiliar no processo de desospitalização e reinserção do indivíduo; (iv) discutir estratégias com a equipe solicitante; e (v) orientar o familiar no cuidado com o paciente.

Atualmente, considerando os motivos de encaminhamento, pode-se elencar como funções do Terapeuta Ocupacional no Serviço de Interconsulta: (i) detectar as necessidades do indivíduo e elencar quais poderão ser priorizadas no momento da internação; (ii) acionar a saúde do indivíduo (através do conhecimento de sua história e dos seus projetos de vida), o que pode

propiciar a (re)criação/desenvolvimento de projetos individuais e o aumento da sua autonomia dentro do ambiente hospitalar; (iii) mostrar, quando possível, este movimento para a equipe e familiares para envolvê-los neste processo; (iv) esclarecer dúvidas sobre o diagnóstico e os procedimentos que serão realizados tanto para o paciente quanto para o familiar para auxiliar na adaptação à rotina hospitalar; e (v) mostrar para a equipe como o paciente se comunica e funciona ao se relacionar e, desta forma, auxiliar a equipe (inclusive outras terapeutas ocupacionais) a se comunicar com o paciente de forma mais eficaz e/ou favorecer esse encontro.

## Discussão

A discussão levantada neste trabalho passa por questões relativas à identificação do sujeito alvo da Terapia Ocupacional no Hospital Geral e pela discussão sobre a existência da rotina hospitalar em contraposição ao cotidiano.

Segundo Benetton (2006, p.90 e 91), são sujeitos-alvo da Terapia Ocupacional as pessoas que estão socialmente afastadas de uma parte significativa de suas atividades sociais sendo conduzidas de um lado a outro sem saber o porquê, e, dentro do ambiente hospitalar, podem ser identificadas como pessoas que não se adequaram à rotina; e/ou não aderiram ao tratamento/procedimento clínico proposto; ou tiveram o cotidiano interrompido pelo adoecimento/hospitalização; ou manifestaram desejo de realizar Terapia Ocupacional.

Desta forma, fica claro que no Hospital Geral existe um sujeito temporariamente sem cotidiano, que pode ou não estar inserido em uma rotina hospitalar. Faz-se necessário apresentar a diferença entre rotina dentro do contexto hospitalar e cotidiano.

A rotina, como dito anteriormente, é um caminho já conhecido, uma sequência de atos, usos, observada por força do hábito. Já o cotidiano, segundo Heller (2000) é a vida de todo homem, sem nenhuma exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico; e a vida cotidiana, de acordo com essa mesma autora, é heterogênea em grande parte e sob vários aspectos, sobretudo no que se refere ao conteúdo e à significação de nossos tipos de atividades. Conclui-se, portanto, que a rotina é uma sequência de atos desprovidos de significados e que o cotidiano, por outro lado, constitui-se por essa particularidade dos significados atribuídos às ações pelo sujeito.

Complementando o relato da evolução histórica do conceito de cotidiano apresentado por Tedesco, Ferrari e Benetton (2003) e a conceituação elaborada por Heller (2000), tem-se a definição de Gilberto de Melo Kujawski, filósofo brasileiro, que entende cotidiano, etimologicamente, como “cada dia”, como a unidade de medida da sucessão da vida humana feita de um dia após o outro de forma fluida, sucessiva e continuada; acrescentando que o cotidiano inclui o indivíduo no plano da vida em comum com os outros, integra o indivíduo na comunidade. (Kujawski, 1991)

Assim, como o cotidiano está relacionado com a participação social, pode-se pensar que no ambiente hospitalar os terapeutas ocupacionais vão lidar diretamente com a rotina e não com o cotidiano do indivíduo, porém podem fornecer um espaço de vivência de novas capacidades que vão auxiliar o indivíduo a reconstruir, retomar ou criar seu cotidiano, já que “(a organização de cotidianos) tem início desde que uma relação se instale na transferência, permitindo que, através de atividades construídas, esse cotidiano seja significado para o sujeito em Terapia Ocupacional” (Benetton, 2008).

## 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 de Terapia Ocupacional**. Campinas: Arte Brasil editora/ UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.
- BENETTON, M. J. **ATIVIDADES: tudo que você quis saber e ninguém respondeu**. Revista *ceto* nº11. São Paulo: *ceto*- Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 2008.
- BENETTON, M. J.; FERRARI, S.L.; TEDESCO, S. **Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional**. Revista *ceto* nº8. São Paulo: *ceto*- Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 2003.
- BOTEGA, N. J. **Psiquiatria no Hospital Geral: histórico e tendências**. In: BOTEGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.
- FRIZZO, H. C. F. **Inserção do Terapeuta Ocupacional em um hospital geral universitário: sua participação em um Serviço de Consultoria Psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) - Programa de Pós Graduação em Saúde Mental. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2002.
- GOMES, M.G.J.P.B. **Caracterização clínica e sócio-demográfica da população atendida por um Serviço de Interconsulta de Terapia Ocupacional em um Hospital Geral Universitário**. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Programa de Pós Graduação em Saúde Mental. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2008.
- KUJAWSKI, G.M. **A crise do século XX**. São Paulo: Editora Ática, 2ª edição, 1991.
- MORAES, G.C. **Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica**. Revista *ceto* nº11. São Paulo: *ceto*- Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 2008.
- MORAIS, L.V. **A Interconsulta de Terapia Ocupacional no Hospital Geral: um espaço para a saúde**. Revista *ceto* nº6. São Paulo: *ceto*- Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 2001.
- RODRIGUES, K. P. **Terapia Ocupacional: do setting terapêutico para o palco da vida**. Revista *ceto* nº8. São Paulo: *ceto*- Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 2003.
- SHAVITT, R. G.; BUSATTO FILHO, G.; MIGUEL FILHO, E. C. **Interconsulta psiquiátrica: conceito e evolução**. Revista Paulista de Medicina, São Paulo, v. 107, n. 2, 1989.
- SMAIRA, S. I. **Transtornos psiquiátricos e solicitações de interconsulta psiquiátrica em hospital geral: um estudo caso-controle**. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Programa de Pós Graduação em Saúde Mental. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 1999.
- TEDESCO, S.; CECCATO, T.L.; NORI, A.M.; CITERO, V.A. **A Terapia Ocupacional para o doente clínico: ampliação do cuidado com a saúde mental**. In: Marco, M. A. de (Org.). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

## Notas

- Os estagiários preenchem um protocolo de avaliação baseado no Modelo de Desempenho Ocupacional (áreas, componentes e contexto) elaborado pelo GTOH e fazem dois encontros para identificar se o paciente encaminhado é ou não sujeito alvo da Terapia Ocupacional.

# O brincar na clínica da Terapia Ocupacional com crianças com deficiência física: Relato de um caso

Giovana Martini

## Resumo

O presente artigo relata um caso atendido segundo o referencial do Método Terapia Ocupacional Dinâmica e apresenta reflexões acerca da utilização do brincar, como instrumento atividades na clínica da Terapia Ocupacional com crianças com deficiência física, bem como as características do método em questão.

**Palavras-chave:** brincar, atividades, infância.

## Abstract

This article shows the results of a treatment applied to a patient according to the basis of the Dynamic Occupational Therapy Method and the study of this case presents reflexions over the utilization of the playing as the activity in the clinical practice of occupational therapy for children with physical disabilities, as well as the characteristics of the mentioned method.

**Keywords:** playing, activities, childhood.

A importância do brincar para o desenvolvimento infantil é amplamente conhecida entre os pesquisadores da área, uma vez que as crianças

se empenham em algum tipo de brincar e, por meio deste, aprendem sobre o mundo e interagem com ele. Neste contexto, o brincar fornece à criança um domínio sobre o seu próprio corpo e sobre o ambiente, favorecendo o desenvolvimento da integração sensorial, de habilidades físicas e cognitivas e do relacionamento interpessoal. Por meio do brincar, a criança aprende a se expressar, pratica regras culturais e adultas e aprende a se transformar em um membro produtivo da sociedade. (Knox & Mailloux, 1997).

No Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), o termo “atividades” é definido como “o terceiro termo de uma relação que ocorre a partir do pressuposto de que existe uma Terapeuta Ocupacional e um segundo indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer Terapia Ocupacional” (Benetton, 2006).

Neste sentido, Moraes (2008) afirma que as atividades são entendidas como instrumento, já que são resultado e resultante da relação triádica, destacando ainda que é um dos termos que constrói e sustenta essa relação em Terapia Ocupacional, compreendendo todos os acontecimentos e fazeres de uma terapia, e, por isso, é referida neste Método no plural, como atividades.

Partindo desse pressuposto, afirmamos que o 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).

O sujeito-alvo é aquele que não consegue organizar e fazer funcionar seu cotidiano, tendo uma experiência de vida limitada e de sofrimento, o que gera uma exclusão significativa das atividades do cotidiano. Por meio da realização de atividades, junto com o terapeuta, esse sujeito começará a significar suas experiências a partir daquilo que é saudável, fazendo com que a capacidade e o prazer de agir, a despeito de suas limitações, sejam desenvolvidos, compondo um espaço de historicidade, favorecendo o desenvolvimento de um sujeito ativo na construção do seu cotidiano e aumentando sua participação social (Pellegrini, 2008).

O MTOD denomina como diagnóstico situacional (Benetton, 2006) o procedimento para retratar as condições sócio-emocionais e culturais apresentadas pelo indivíduo. Tito e Moraes (2007) referem que este se trata de recortes constantes no decorrer do processo terapêutico, sendo cada aspecto da vida do indivíduo considerado a cada momento. Na composição deste diagnóstico, a participação da família e demais pessoas, envolvidas com o sujeito fora do setting, são fundamentais. No caso das crianças com deficiência física, a família é a principal fonte de seus próprios costumes, conhecendo o jeito de ser de seu filho; o que ele gosta ou não gosta, o que ele faz e como o faz, o que ele tem dificuldade de fazer e em que momentos solicita ajuda de um adulto. Neste sentido, a família revela como o filho brinca, o espaço e meios que dispõe para brincar, como realiza a alimentação, a higiene, o vestuário, a locomoção, a comunicação; expressa, enfim, como a criança participa da rotina familiar e o que é possível lhe oferecer.

O Terapeuta Ocupacional, no processo de composição do diagnóstico situacional, deve favorecer o contato da criança com materiais

disponíveis em sala para a realização de atividades ou brincadeiras, na expectativa de que na realização delas uma relação triádica se estabeleça nesse setting.

No que se refere à dinâmica triádica, observa-se que a relação se inicia quando existe a compreensão, comunicação e informação entre o sujeito e o terapeuta por meio das atividades, nesse caso as brincadeiras. “Na superposição entre o brincar da criança e do Terapeuta Ocupacional cria-se um espaço para experiências enriquecedoras, nas quais as atividades vão acontecendo, e o Terapeuta Ocupacional cuida para que a realização das atividades possa ser completada pela criança proporcionando-lhe a sensação de se responsabilizar pelo que fez e reconhecer-se no resultado dessa experiência”. (Takatori, 2003, p.85).

No entanto, as limitações inerentes à deficiência física podem reduzir a capacidade de locomoção, de manipulação dos objetos e de exploração pelo sujeito. Sendo nosso objetivo a realização de atividades e brincadeiras, técnicas correlatas no posicionamento da criança poderão ser utilizadas como forma de facilitar o seu brincar, bem como a adaptação de mobiliários e brinquedos serem feitas para suprir temporariamente uma função ausente, principalmente, pelo fato de possibilitarem à criança o ato espontâneo na execução de determinadas atividades, deixando-a orgulhosa pela capacidade de ação e, aumentando, assim, o seu desejo de agir.

Assim, o desafio do Terapeuta Ocupacional será proporcionar consistentemente uma referência pela qual o sujeito possa transformar um espaço estagnado, patológico, em um espaço de crescimento criativo, re-organizando vivências desestruturadas e encontrando maneiras de combinar o conhecido e o desconhecido. Nesse caminho, fazer atividades vai propiciando

experiências prazerosas possíveis de serem internalizadas e ampliadas para outras relações sociais.

Nesta perspectiva se destaca o aspecto pedagógico das atividades e, conseqüentemente, da Terapia Ocupacional, uma vez que, ao fazer determinada atividade, o sujeito aprende com a sua consecução, depara-se com limitações e possibilidades dos materiais e processos, desenvolve ou utiliza habilidades específicas, enfim, vivencia, na ação, diversas situações que podem ser transpostas para as atividades do espaço externo das terapias. O terapeuta observa atentamente, ensina, dá dicas, faz junto, mostra alternativas, encoraja, acolhe as escolhas, socorre quando os recursos do paciente se esgotam...enfim, uma enorme possibilidade de interações, em vários níveis, se apresentam no decorrer do processo terapêutico.

Como forma de ilustrar os elementos discutidos até aqui, segue a apresentação de um caso clínico.

### **Apresentação do caso**

J. é um paciente que foi acompanhado por dois anos individualmente e que hoje não atendo mais por ter me desligado da instituição que ele freqüentava. Quando J. iniciou os atendimentos de Terapia Ocupacional tinha quatro anos.

No primeiro encontro, já compondo o diagnóstico situacional, investigo o cotidiano de J. que pareceu feliz por estar ali e, principalmente, por eu perguntar tantas coisas a seu respeito. Soube que não freqüentava escola e que realizava, raramente, visitas ao irmão. Contou que durante o dia ficava "oiando o Di trabalhar" (sic) consertando os carros (seu avô, um mecânico) e que, à noite, assistia televisão, preferindo novelas, desenhos e programas como "Silvio Santos" e "Gugu".

Ao ser perguntado do que gostava de brincar, respondeu "de ver televisão". Era dependente para a realização de todas as atividades de auto-cuidado: tomava banho em banheira, não possuía mobiliário adequado para ficar em casa, permanecendo em uma cadeira de rodas não adaptada.

Apresento-lhe a Terapia Ocupacional, nosso espaço e todos os brinquedos e materiais que estariam à nossa disposição e, ao ser perguntado sobre o que gostaria de fazer, J. responde: "não sei... o que vamos fazer?". Proponho, então, que brinquemos de "Oficina Mecânica" e, rindo muito, aceita.

Apesar da dificuldade motora, J. pegava todas as ferramentas e as admirava. Perguntava-lhe o nome das mesmas e ele dizia que não sabia. Ao contar-lhe o nome de algumas, repetia e ria, demonstrando grande interesse em conhecer todas. Assim, pode-se perceber um cotidiano esvaziado de significados, pois apesar de passar o dia todo observando o avô consertando os carros, não sabia o nome de nenhuma ferramenta.

Os atendimentos se seguiram e, na ausência da escolha de J., eu lhe sugeria alguma brincadeira.

Percebo que, no início, J. não sabia como brincar, não tendo essa vivência em seu cotidiano, tendo-lhe, por inúmeras vezes, demonstrado como brincar e lhe servindo como modelo, até que, tendo construído o seu repertório de brincadeiras, J. passou a demonstrar suas escolhas e preferências. Diante destas escolhas, pude enriquecer a situação da brincadeira para fazer J. caminhar adiante, sendo importante destacar que as preferências de J. estavam sempre relacionadas ao que conseguia fazer – ou seja, gostava daquilo que era capaz de fazer.

J. passou, então, a escolher as brincadeiras e, nessas escolhas, pôde demonstrar, através do

brincar, seus conflitos e sofrimentos, reproduzindo algumas situações vivenciadas em casa. Necessário se faz ressaltar que J. vivia uma relação um tanto difícil com sua mãe, a qual não chamava de mãe, referindo-se a ela pelo nome, e que a mesma não planejou a gravidez, tendo inclusive, tentado o aborto. J. nasceu aos cinco meses de gestação, ficou internado um mês em UTI e, posteriormente, sua avó materna assumiu os seus cuidados e, apesar de, nesse período, sua mãe ter tentado resgatar seu papel de mãe, foi literalmente boicotada pela avó de J.

Nesse processo de escolhas, J. sugere, então, uma brincadeira com bonecos, pedindo para montarmos uma casa, na qual identifica quatro bonecos: ele, sua mãe, sua avó e sua tia. J. coloca todos os objetos de uso comum em seu quarto e quando lhe pergunto o que eles iriam fazer, começa a jogar todos os móveis no chão e a gritar “enche o saco”, fazendo um bico. J. continua jogando os móveis e quando, de novo, pergunto quem fazia isso, responde que era sua mãe, quando ele não queria ir para o quatinho comer comida. Segundo a mãe, todas as refeições eram sempre estressantes, uma vez que J. se utilizava deste momento para exercer um controle sobre ela, buscando sua atenção, chegando mesmo a se recusar a comer e despendendo em torno de três horas para cada refeição.

Em outra sessão, J. pede para escutar a música “Vamos Fugir” do grupo Skank, a qual ele canta e brinca de tocá-la no piano, inúmeras e repetidas vezes; em outra sessão, estava lendo um livro de histórias e, então, me interrompe e pede para contar uma história, reproduzindo novamente situações relacionadas às suas refeições com sua mãe, por meio dos personagens do livro (gato e cachorro).

Através do brincar, J. reproduziu algumas das situações vivenciadas com sua mãe, em casa,

permitindo que as compreendesse, e que nelas identificasse o seu sofrimento, expresso como se estivesse num lugar do qual quisesse fugir. Buscou-se, então, realizar uma significação de experiências vividas no seu cotidiano.

J. geralmente aparentava ficar assustado quanto à presença de outras crianças, principalmente quando as mesmas riam, choravam ou falavam alto, recusando-se a participar de atividades, em grupo, em períodos festivos, como o Carnaval. No entanto, no decorrer do processo, J. passou a perguntar sobre as outras crianças, demonstrando querer conhecê-las. Em algumas sessões, brincou com uma outra criança atendida no mesmo horário, por outra terapeuta, chegando a querer participar das atividades em grupo e, até mesmo, vestindo fantasias.

Situações como essas o ajudaram quando, ao completar seis anos, passou a freqüentar uma Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI), próxima a sua casa. Adaptações de mobiliário, para que ficasse mais adequado às suas possibilidades em casa e na escola, foram realizadas. Observou-se também a necessidade de adaptações para usar melhor os materiais escolares e, de acordo com a vontade de J., essas adaptações foram sendo feitas. Em visita realizada à escola, constatou-se a participação de J. em todas as atividades realizadas, desde aquelas dentro da sala de aula até no parque externo, bem como sua alegria em estar com outras crianças e o quão querido era naquele ambiente.

Por meio de brincadeiras, J. aprendeu a realizar, de forma mais independente, algumas AVD's, e ampliou essa realização para outros espaços, tais como a escola. Vale lembrar que J. se recusava a realizar essas atividades na presença da mãe e, até mesmo nas sessões de Fisioterapia, quando fazia o treino do uso do andador, se recusava a andar se a mesma estivesse presente.

## Considerações Finais

A contribuição da Terapia Ocupacional no atendimento de crianças reside no desenvolvimento de uma atitude saudável e positiva com a brincadeira, favorecendo o interesse do agir das mesmas no seu cotidiano. Neste sentido, buscamos os recursos, os interesses e os aspectos saudáveis da criança para levá-la a ser ativa em seu cotidiano, e daí, retirar prazer e satisfação.

No caso do J. especificamente, a assistência em Terapia Ocupacional pôde contribuir para a construção de um cotidiano em que o brincar passou a estar presente, possibilitando o resgate de como ser criança. Através da vivência de situações do brincar em terapia, que se transformaram em experiências saudáveis e significativas para o mesmo, foi possibilitado também que estas se ampliassem num mundo compartilhado, ou seja, na sua casa e, mais tarde, na escola.

Infelizmente, mudei de cidade, tendo que interromper os atendimentos e, por motivos institucionais, J. foi encaminhado para um grupo de atendimento com crianças de sua idade, cujo enfoque seria na sua independência na realização das atividades de vida diária.

## Referências Bibliográficas

BENETTON, J. **Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia Ocupacional**. 3ª edição. Campinas: Arte Brasil Editora/ UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.

KNOX, S.; MAILLOUX, Z. **Play as treatment and treatment through play**. In: CHANDLER, B.E. The essence of play: a child occupation. The American

Occupational Therapy Association, 1997.

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

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

TAKATORI, M. **O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: reflexões sobre e clínica da Terapia Ocupacional**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

TITO, J.C.; MORAES, G.C. **Diagnóstico situacional: uma possibilidade de avaliação em Terapia Ocupacional**. Revista do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, v. 10, n.10, p 48-52, 2007.

# O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados.

Jô Benetton

## 1. Agradecimentos

Os agradecimentos são muitos, mas vou tentar generalizá-los para que todos caibam:

- Aos organizadores deste congresso, pelo respeito aos mais velhos, pois ainda temos o que contar e aprender – mas não se esqueçam que os jovens têm muitas novidades;

- Ao grupo *ceto* de Fortaleza, que continua com Sonia Ferrari e eu, profissionais-estudantes da Terapia Ocupacional;

- A linda e aplicada Fortaleza que, a partir de hoje, reúne e representa o Brasil na Terapia Ocupacional.

Na revista no 8 do *ceto*, escrevemos sobre hábitos e cotidiano no MTOD e trouxemos como ilustração a descrição de recortes dos hábitos na literatura através de Graham Greene (1951) e Émile Zola (1840-1902).

Agora, para homenagear o Ceará, trago nas palavras de Afonso Schmidt um recorte do cotidiano do ilustre filho da terra José de Alencar.

Schmidt escreveu em 1955 que: “O curioso é que José de Alencar era considerado por alguns críticos do tempo como conservador ranheta, até mesmo escravista”.

Mais para frente: “O escritor tem por si o testemunho da vida cheia de dignidade. Nunca subiu as escadarias dos paços de São Cristóvão para ir ao beija-mão do soberano. Quando lá esteve foi para fazer valer sua opinião, contra a do

imperador, o que lhe valeu a perda de mandato político. Não frequentou as rodinhas literárias nem colaborou nas revistas que muito contribuíam para nomeada de tantos escritores. Jamais mendigou postos, estipêndios e honorarias. Foi sempre um urso, encafuado na sua casa, com livros, o tinteiro, a pena e o papel. José do Patrocínio parece ter visto claro: “Foi uma contradição; tinha as valentias de um gênio e as fraquezas de um ânimo apreensivo”.

Por fim: “Foi preciso morrer para que todos o vissem como de fato era: um gigante”.

- Agradeço a vocês que vieram me ouvir e que espero trazer contribuições para suas clínicas e investigações;

- A Sonia, por sempre, Gabriela e Moraes, membro do conselho do *ceto*, representados por Daniela Mello, que me ajuda agora, agradeço a todos os colegas do *ceto*.

## 2. Introdução

Introduzindo meu pensamento sobre cotidiano na Terapia Ocupacional, seu sentido e a construção de significados, tenho antes que demonstrar o lugar a partir do qual estarei falando.

2.1 Para começar me situo na Occupational Therapy (termo original que nomeia a profissão), reconhecendo-a como uma profissão de caráter empírico, isto é, a prática é seu núcleo central, uma

prática terapêutica, de assistência, de cuidado.

2.2 Hoje se fala muito da Ciência da Ocupação e, como tenho lido de autores brasileiros, ela deve ser o fundamento da Terapia Ocupacional.

Dessas experiências e principalmente da investigação e da pesquisa, talvez possamos construir através dela uma prática.

Entretanto, essa não é uma ciência exclusiva da Terapia Ocupacional e sim subsídio e substrato para várias profissões.

Há profissões como a Sociologia, Antropologia, Filosofia e Engenharia e a própria Ergonomia, que avançam com muita rapidez nas suas investigações nesse campo.

2.3 Como pensar em construir uma prática, a partir de qualquer ciência, em Terapia Ocupacional, que tem caráter empírico?

Meu trabalho de investigação ao longo desses 40 anos (poucos anos para o estudo das ciências e das profissões, por isso há que se pensar em herdeiros do conhecimento), levou-me a concluir que uma prática subsidiada pela Ciência da Ocupação só pode ser construída se estudarmos na Terapia Ocupacional os resultados da aplicação dessa ciência.

Isto é, há que haver pesquisas que permitam verificar e avaliar os bons resultados que qualquer ciência pode trazer para a prática da Terapia Ocupacional.

2.4 Começando a me localizar onde estou, na Terapia Ocupacional, nos anos 1970 – e muitos de vocês sabem que inicialmente subsidiei minha prática na Psicanálise. Aliás, como está agora a Ciência da Ocupação, também muito em moda, só que naquela época. Da mesma forma que qualquer outra ciência, estudei a Psicanálise buscando os subsídios possíveis para a Terapia Ocupacional.

Quantas decepções e muitas aquisições! Quanto mais fazia pesquisas e investigações na clínica, mais encontrava dificuldades de construir uma prática específica de Terapia Ocupacional com esse subsídio.

Lembro que quando meu currículo foi aceito para entrar na sociedade de psicanálise, durante a entrevista, na segunda etapa de avaliação, um psicanalista me perguntou por que eu queria ser psicanalista e eu respondi honestamente que não queria, que queria ser Terapeuta Ocupacional. É claro que fui reprovada. Quer dizer que a Psicanálise só serve para a Psicanálise?

Bem, não é bem assim. Muitas ciências e cientistas se subsidiam na teoria da Psicanálise, e assim também pode ser para a Terapia Ocupacional. Hoje entendo, entretanto, que os pressupostos metodológicos e técnicos da Psicanálise não servem para a Terapia Ocupacional ou para qualquer outra ciência. Num congresso na França, eu disse que esses pressupostos não eram suficientes para a Terapia Ocupacional uma vez que existe nela uma forte base de realidade na prática clínica e que isto falta nos pressupostos metodológicos e técnicos da Psicanálise.

Porém, isto não quer dizer que meu conhecimento foi inútil. A teoria psicanalítica me permite compreender o desenvolvimento psíquico e muitas vezes pensar e analisar processos de tratamento e por exemplo, por meio do que se denomina por transferência positiva ou laica, foi-me permitido introduzir definitivamente a ação educativa em Terapia Ocupacional, mas este é um assunto que podemos ver no curso de atividades.

Explicando melhor, digo que não posso negar à teoria psicanalítica a importância e universalidade como base da compreensão do homem, mas, como escrevi na minha tese de doutorado, não é nada além de equívoco usar o papel de seda

para copiar para a Terapia Ocupacional o método e as técnicas da psicanálise ou de qualquer outra ciência.

Hoje também, como teoria geral para pensar cientificamente a Terapia Ocupacional e seu sujeito-alvo, ligo-me ao neurocientista Miguel Nicolelis, que diz que nosso cérebro cria uma realidade individual para que possamos viver neste mundo e eu investigo essa criação em cada um dos meus pacientes para conhecer sua saúde e potencialidades. Tratando de pesquisa, também em Neurociência, Kelly Lambert (2009), afirma que são as atividades que usam as mãos as mais relevantes na conservação das funções cerebrais.

A partir de um certo momento, e isso já faz mais de uma década, me debrucei no estudo da própria Terapia Ocupacional e sua possível aproximação com as ciências empíricas.

Nas palavras de Marx: “O homem, feito pela história, faz história, na mesma medida em que é feito por ela”; então, na Terapia Ocupacional, para fazer história, eu teria de ser feita por ela também. Eis o lugar que ocupa para mim o cientista investigador.

Completando esse pensamento, Bruno Latour escreve que “a noção de uma ciência isolada do resto da sociedade se torna absurda tanto quanto a idéia de um sistema arterial desconectado do sistema venoso”. Então, estudar cientificamente a Terapia Ocupacional é investigá-la por dentro dela mesma e ao mesmo tempo, é preciso vê-la inserida no social.

Passar pelo estudo das ciências, sua metodologia e suas técnicas, estando por dentro da Terapia Ocupacional e com o olhar voltado para fora dela mesma, foi grandemente potencializado por um pós-doutorado em História Social da Saúde, que me fez poder concluir que a própria Terapia Ocupacional, profissão, poderia subsidiar

a Terapia Ocupacional, métodos e técnicas, construindo então, o que funda para toda ciência empírica, a TEORIA DA TÉCNICA.

Pode não parecer agora, mas esta compreensão do lugar na ciência que ocupa a Terapia Ocupacional é que vai determinar também o lugar do sentido e significados termo cotidiano.

É preciso que me aproxime ainda mais do lugar do qual falo. A partir de agora esse lugar está diretamente condicionado ao Método Terapia Ocupacional Dinâmica.

Dentro dele, dois aspectos da Terapia Ocupacional são necessários para pensar o sentido do cotidiano: o primeiro é a História da Profissão e o segundo é a Filosofia das Ciências.

### 3. A historia da Terapia Ocupacional

Estudando a História, descobri que até 1950, tínhamos três períodos claramente delimitados no desenvolvimento das idéias que levaram a fundação mundial da profissão Terapia Ocupacional.

O primeiro período, que remonta à própria história do homem e de suas crenças, e se estende até o desenvolvimento das especialidades médicas.

O segundo período histórico começa em 1900 e se estende até nossos dias, tempo da fundação da profissão.

E o terceiro, tem início em 1946 e como tudo que é humano se estende até hoje: o tempo de vigência do programa de reabilitação.

Do primeiro período, podemos dizer, da Antiguidade nas terras hoje européias e asiáticas, aí e lá, pensando em tempo e espaço, os deuses propunham atividades para honrá-los, para o bem estar da humanidade e para sanar seus sofrimentos.

A Medicina e suas especialidades, a partir dos idos de 1780, principalmente a Psiquiatria na Europa, tem nas atividades e sobretudo no trabalho a principal abordagem de cura de sintomas nos asilos. Essas idéias e programas só foram aportar no Novo Mundo, as Américas, no início do século XX.

O segundo período tem início em 1900 e os primeiros movimentos para a Fundação da Profissão nos Estados Unidos se formam com o Treinamento de Hábitos.

O terceiro período ocorre a partir de 1946, logo após a criação da OMS, a organização e aplicação do primeiro Programa de Reabilitação em vários países, tanto da Europa como Ásia e na ocasião os países considerados de Terceiro Mundo. Esse programa foi o principal responsável pela fundação de escolas de Fisioterapia e Terapia Ocupacional em todos os países membros da ONU.

Entretanto, nos Estados Unidos, as Escolas de Terapia Ocupacional foram pouco afetadas por essa proposta programática uma vez que os cursos, desde 1917, já estavam avançados no programa específico de Treinamento de Hábitos.

Bem, essa é a História que muitos conhecem; mas pouca gente tem podido realizar uma análise estabelecendo os elos de ligação entre esses períodos através das suas disposições programáticas.

Esta tem sido uma grande preocupação minha, buscar sempre a lógica interna da nossa profissão.

No pós-doutorado, porém, meus colegas historiadores da Saúde tinham resistências com relação à compreensão histórica das ciências através da filosofia da ciência, por observar que esta pode e muitas vezes traz, em suas análises, um afastamento dessas mesmas ciências das condições sociais onde elas estão se desenvolvendo. Por isso,

para olhar para os dois lados, tive que me impor a finalidade de demonstrar, através de Khun e mais recentemente, Stengers, a existência da construção paradigmática nesses NOSSOS três períodos históricos.

#### 4. A filosofia das ciências

Sabendo que a Terapia Ocupacional é uma profissão empírica, isto é, que toda sua base de investigação, pesquisa e construção científica deve estar calcada na prática – isto porque há uma intervenção que deve ser levada a cabo –, ela só pode ser compreendida pela Filosofia das Ciências como paradigmática. Ver artigo revista *ceto* no 9 .

Se juntarmos agora os períodos históricos acima referidos e as bases programáticas neles construídas, podemos ter como resultado três paradigmas:

- Paradigma Médico: a principal forma de intervenção foi construída com o propósito de minimizar ou eliminar sintomas;
- O paradigma da Terapia Ocupacional: está nomeado desde de 1970 nos Estados Unidos, e que já não prevê uma prática voltada para a doença, mas tem o seu constructo de base no Programa Treinamento de Hábitos de Eleanor Clarke Slagle; e, como seu próprio nome diz, propunha para a recém fundada por ela, Terapia Ocupacional, uma intervenção através da Mudança de Hábitos. (Esse programa foi por algum tempo desenvolvido apenas nos Estados Unidos e Canadá);
- Por fim, o Paradigma da Reabilitação, que propõe a construção de programas de prática a partir da expectativa do “Voltar a Ser” que é, aliás, o que significa o termo reabilitação.

Bem, como estou falando a partir do que denomino de teoria da técnica do MTOD, deixo aqui de lado tanto o paradigma Médico como o da Reabilitação, pois a base programática do Método está no Paradigma da própria Terapia Ocupacional.

## 5. O sentido do uso do termo cotidiano no método Terapia Ocupacional dinâmica.

Encontrar um sentido (ou vários) para o uso de um termo ou conceito é dar uma rumo, abrir um caminho para inicialmente pensá-lo e em seguida poder aplicá-lo em uma prática, seja ela de pesquisa, de clínica, de construções metodológicas e técnicas.

O sentido que estou usando aqui é aquele definido por Merleau-Ponty, que emerge da percepção e que propõe uma direção.

O paradigma da Terapia Ocupacional foi construído a partir de um longo tempo de prática na profissão estabelecida no treinamento e mudança de hábitos. Tanto os primeiros profissionais como os ditos doentes mentais passavam por esse tipo de treinamento.

O hábito, ou os hábitos, eram estudados e aplicados na sociedade americana no início do século passado, dentro de um programa social nascido na própria comunidade, particularmente por homens de bons hábitos e de ação juntamente com as primeiras mulheres voluntárias na ação social, e só depois abarcado pelo Estado, que o denominou Movimento Higienista.

Hábito, definido pelos filósofos do 1900 a 1950, representados aqui por Maine de Biran (1766-1824) e Félix Ravaisson (1813-1900), é um fenômeno biológico, físico e psicológico

constituído pelo fato e que, após ter aprendido uma ação, conserva uma sensação tal que essa ação se repete ou continua, ela não se modifica mais como fez da primeira vez.

Para completar, Boirel escreveu: "Hábito positivo é corrigido por esforço mental, o negativo é, pura e simplesmente, sinônimo de acomodação".

A partir daqui é completamente compreensível que Slagle tenha baseado seu programa de tratamento, o primeiro da nova profissão, nesse tema tão presente em sua época. Aliás, ela era uma mulher muito culta.

Com esse conceito, ela pôde desenvolver seu programa tratando de propor aos doentes mudança de hábitos, e os bons hábitos ontem e hoje mantidos no sentido da Saúde.

Se o tema Saúde aparece no conceito de Hábito, isso é confirmado por ter Slagle jamais se referido ao uso de atividades de acordo com sintomas ou diagnósticos, situação comum nos programas médicos até então. Referia-se, entretanto, aos doentes como deficientes mentais, como eram denominados de maneira geral.

A mudança de hábitos deveria objetivar em princípio a reeducação e mais tarde a reabilitação para reinserção social.

Um resumo esquemático pode nos dar o sentido do hábito no Treinamento de Hábitos e de cotidiano no MTOD.

Paradigma da Terapia Ocupacional

Programa	Método
Treinamento de hábitos	Terapia Ocupacional Dinâmica
Mudança de hábitos	Construção de cotidiano
Sujeito-alvo, doentes	Com necessidades e/ou desejantes
Saúde	Espaços de saúde
Atividades	Atividades
Reinserção Social	Inserção social
Treino e personalidade da terapeuta	Formação da terapeuta

Notando que, tanto num caso como noutro, a exclusão social é o ponto de partida para se pensar o sujeito-alvo da Terapia Ocupacional.

Slagle falava de internados em asilos, nós falamos de sujeitos que, por estado situacional, podem estar temporariamente fazendo parte de uma população de excluídos.

Nossa preocupação até hoje no *ceto*, onde o MTOD está sendo construído, reformulado e ampliado, tem sido de mantê-lo orientado pelo sentido (sendo aqui redundante) do programa, que além de ter-se originado dentro da própria Terapia Ocupacional, ele, o programa, nos permitiu determinar a profissão como paradigmática, portanto fazendo parte do pool de disciplinas científicas. Podemos dizer hoje que Slagle, lá no seu tempo, inventou uma técnica, hoje nos preocupamos, além das técnicas, com métodos e teorias das técnicas.

Mas, por que alteramos de hábito para cotidiano? A primeira resposta é muito fácil: apenas por uma atualização através dos avanços científicos, do pensamento sobre o Homem.

Hoje, tanto hábitos como rotina fazem parte de

algo maior que é o cotidiano.

Heller o conceitua: "O cotidiano pode ser entendido como o lugar da repetição, do concreto, da experiência vivida. Constitui também um espaço de transformação, pois é nele que ocorrem relações sociais e se articulam a produção e a reprodução; o banal e o importante; o privado e o público". "A vida cotidiana é o conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares, os quais por sua vez, criam a possibilidade de reprodução social". "A vida cotidiana é a vida de todo homem."

Para o propósito daqui, gosto muito da colocação de Kujawski: "Cotidiano significa, etimologicamente, cada dia; é a unidade de medida da sucessão da vida humana, feita de um dia após o outro. É o dia a dia, conceito que apreende melhor o caráter fluido, sucessivo e continuado do cotidiano". "O cotidiano inclui o indivíduo no plano da vida em comum com os outros, na vida de todos nós na comunidade. O cotidiano é basicamente comunal, ele integra o indivíduo na comunidade. A sucessão contínua dos dias e das noites, sem pausa, suscitando sempre as mesmas condutas e idênticas expectativas em relação ao outro e às coisas, momento após momento, na mesma ordem invariável, funciona como uma gramática comunitária irrecusável que temos que preencher com nossa criatividade pessoal".

Mais para frente, o autor diz: "a erosão do cotidiano fará impraticável a realização do projeto individual de vida, por falta do apoio na infraestrutura social que é a articulação organizada do cotidiano."

Eis a questão para o MTOD: nossa perspectiva da Terapia Ocupacional com a relação triádica: paciente x terapeuta x atividades, deve caminhar exatamente entre o individual: da criatividade e

o social: da erosão do cotidiano. Na construção de cotidiano, então, temos que nos localizar num constante movimento de mão dupla entre o individual e o social.

Tudo que aqui falei até agora tem a ver com o pensamento científico, num jogo investigativo entre conceitos, programas, projetos, que dão sentido à pesquisa, à clínica e sobretudo à teoria da técnica.

## **6. A construção de significados do cotidiano na Terapia Ocupacional**

Significar algo quer dizer, principalmente, o que esse algo quer dizer. Então, os significados de cotidiano implicam diretamente em levar em consideração o particular, o privado, a representação.

Todos os que tentaram até hoje universalizar os signos, de onde se origina o termo significação, sabem dos absolutos limites encontrados para tal, principalmente na cultura.

Portanto, falar de como o cotidiano é significativo na Terapia Ocupacional é encontrar seu lugar na nossa prática e principalmente para aquele que necessita ampliá-lo.

Na prática direcionada pelo MTOD, tratamos em princípio de “construir ou recuperar a dignidade da experiência e da ação cotidiana”.

Para isso, primeiro precisamos conhecer o sujeito e seu cotidiano, nas suas atividades e relações. Isto não pode ser feito apenas por meio de conhecer um diagnóstico médico ou conjunto de sintomas. Mas quem ele é e o que faz, mesmo que sua única atividade e participação seja a de estar a mais de um ano trancado no seu quarto, ou de não sair de casa na cadeira de rodas.

Esse é o seu cotidiano, seu dia a dia, em erosão, como nos diz Kujawski, e começamos a entreabrir a porta do seu quarto, com a realização de atividades.

Será ética e estética nossa Terapia Ocupacional se pudermos de pronto acrescentar ao que está paralisado a criatividade. Aquela, simples e pequena mobilização de apenas sair da inércia.

Para isso, o diagnóstico situacional é uma descrição do sujeito que se encontra conosco, então sendo observado, como ele se vê, como os outros (o social) o vêem e o que faz. Para começar, apesar de cada um achar que ele é ou tem, isso ou aquilo, para nós já é bom saber que não gosta ou não quer fazer nada.

A promoção das atividades como veículo de aquisições, de fora para dentro, subsidiando tanto a função terapêutica como a ação educativa.

Não só ensinamos a fazer atividades, mas principalmente propomos que o paciente pense nelas e que as signifiquem de tal forma que, pelo menos, elas supram alguma necessidade, nem que seja de forma imediatista.

Realizar atividades, aprendê-las e apreender o significado que podem ter, acrescentando contingente de habilidades e de auto-conhecimento, inicia-se num setting aberto tanto para entrar como para dele sair.

E adquire continuidade se uma narrativa contendo comparações, aceitações, rejeições, associações enfim, signifique de começo a relação triádica; a história dessa relação de construção no setting, positivamente sustentada.

Essas proposições, que aí estão, são as primeiras a serem colocadas em pauta na Terapia Ocupacional, todo o setting e a própria terapia devem estar sendo constructos representativos do cotidiano.

Em todos os momentos, com palavras, atitudes, atividades, gestos e intenções, o Terapeuta Ocupacional deve estar atento e preparado para manter um espaço na narrativa que permita ao sujeito-alvo dar significados a seu cotidiano, quando em Terapia Ocupacional.

No MTOD, então, o significado do cotidiano do sujeito-alvo, nos aspectos individuais e sociais, é o fundamento principal para a sua inserção social.

É, enfim, por meio dessa significação que o sujeito alvo, como cidadão, toma em suas mãos seu jeito de ser, para impor a sociedade que o receba desse jeito mesmo e que não precise esperar pela mudança social para nela se inserir. Nesse sentido, ele mesmo se torna agente dessa mudança.

O *ceto*, comemorando os 40 anos da profissão do seu jeito, abrirá uma seção na Revista *ceto* para publicação das conferências deste Congresso.

Sonia, o Conselho de Membros da *ceto* e eu, convidamos os conferencistas para esta publicação.

Obrigada e boa tarde de trabalhos.

# Enquanto o futuro não vem... Transtornos mentais precoces e a assistência em Terapia Ocupacional

Cristina Pinheiro de Sousa

Em primeiro lugar gostaria de agradecer comissão organizadora do XI CBTO pelo convite para participar desta Comunicação Coordenada com o título Ações do Cotidiano e a Saúde Mental Infantil.

Ofereço este trabalho a todos os meus pacientes, os que são e os que já foram, e que todos os dias proporcionam em minha cotidianidade um criar e recriar.

Não tenho intenção de apresentar verdades ou algo acabado, a dúvida, as incertezas, as inquietações, sempre mobilizaram e ainda impulsionam dia após dia o meu fazer. A dúvida alimenta o espírito, o desejo. A verdade é um convite à morte do conhecimento. Dessa forma não tenho qualquer intenção de dar receitas de CONDUÇÃO em seu primeiro significado -ato ou efeito de conduzir- e sim no sentido de "ir à companhia de" (Dicionário Aurélio). E menos ainda RECEITAS sobre o manejar, também em seu primeiro significado- governar com as mãos- e sim o de mover ou executar com as mãos (Dicionário Aurélio).

Em um segundo momento faz-se importante definir que referencial norteia a minha fala. Esta fala é norteada pelos pressupostos constituintes do Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD) desenvolvido por Benetton e Ferrari, no qual a relação triádica, a construção do cotidiano e a inclusão social são núcleos sustentadores da assistência.

Após definido com que intenção e de que lugar falo, apresento de que forma trago minha fala.

As problematizações acerca da clínica em saúde mental na infância e esta em tempo de precocidade são questões que estão na ordem do dia nos diversos campos de conhecimento. Organizei essa fala através de indagações que ocuparam e ocupam minhas reflexões clínicas.

Espero que vocês tragam mais perguntas, algumas possíveis de serem respondidas por mim e outras que ficarão em aberto para sairmos daqui com muitas interrogações.

INICIANDO...

## **Quem é o sujeito-alvo dessa assistência?**

Objetivamente: são infantes e crianças até 4 anos que trazem, como marcas em seu desenvolvimento, severas perturbações nas capacidades de constituição de um laço com o outro. No discurso médico são crianças enquadradas nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID), segundo critérios do DSM IV-R ou como também são chamadas, perturbações do Spectrum Autista (PEA).

Na verdade, para a assistência no MTO, o diagnóstico médico não traduz aquele a quem assistimos e sim a repercussão desse atravessamento na constituição do cotidiano e na

sua posição de estar no social.

A autora Jô Benetton nos apresenta na pag. 90, em seu livro *Trilhas Associativas Ampliando Subsídios Metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional*, o seguinte:

“O sujeito alvo da Terapia Ocupacional está geralmente colocado à margem de um cotidiano pessoal e ou social. Quase sempre cumpre apenas rotinas de cuidado...”

O sujeito-alvo que aqui apresento, em decorrência de sua tenra idade, é uma criança que se encontra em uma situação limite de instalar-se ou não em uma cotidianidade e construir a partir de sua singularidade, o seu cotidiano.

Essa construção pode vir a ser tão exaustiva para ela que poderá remetê-la à situação de ficar à margem. Ênfase que estamos na gênese do processo de construção de um cotidiano.

*No descomeço era o verbo.*

*Só depois é que veio o delírio do verbo.*

*O delírio do verbo estava no começo, lá onde a Criança diz: Eu escuto a cor dos passarinhos.*

*A criança não sabe que o verbo escutar não funciona Para cor, mas para som.*

*Então se a criança muda a função de um verbo, ele Delira.*

*E pois.*

*Em poesia que é voz de poeta, que é a voz de fazer Nascimentos-*

*O verbo tem que pegar delírio.*

(Manoel de Barros)

do eu /não-eu, realidade interna / externa, exclusão do campo da linguagem, dissociação entre pensar e fazer. Em um tempo onde condições enunciativas mínimas estão em vias de inscrição. Em tempo/lugar “entre” - de inscrição em um cotidiano já estabelecido e em vias de construção de um cotidiano que surge a partir dessa criança.

Dessa forma, precisamos nos debruçar em abrir um campo de possibilidades que seja fértil a essas inscrições, com as quais a criança possa se engajar em uma rede e possa assim seguir o seu curso.

As intervenções se colocam, via de regra, na mira daquilo que fracassou em um tempo que nem sequer um eu foi minimamente estabelecido. Diz-se de uma criança autista: ele não fala, ele não se relaciona, ele não olha, ele não brinca.

Estamos em outro campo – a busca de atalhos que nos encaminhem para espaço possibilitador.

Jerusalinsky (2001) nos convoca a pensar sobre a marca de precocidade desse sujeito- alvo. O autor prefere chamar qualquer acometimento nessa faixa etária de estrutura psicopatológica não decidida. Ênfase ainda o termo “indecidida”, pois marca que inevitavelmente haverá um futuro, uma decisão em suspensão que virá acontecer. Baseada na plasticidade inerente a essa idade, a sintomatologia apresentada serve como indicador de que tal estrutura está em perigo.

Quando trabalhamos em cima de um diagnóstico médico e não em nosso próprio diagnóstico, corremos o sério risco de estar submetendo a criança a um discurso aprisionador, enquanto a condição é de extrema plasticidade.

### **Em que tempo essas crianças se encontram?**

Em um tempo de parcial ou total indiferenciação

### **Diagnosticando...**

Nesse tempo de primeira infância, o bebê, a

criança, se encontra em um estado de dependência absoluta do outro, necessária à sua constituição. Dessa forma a investigação de que lugar esse integrante tem no discurso e no cotidiano dessa família é de suma importância.

Indago: Não seria reducionismo se deixarmos de considerar todo esse sistema fora da posição diagnóstica? Colocar todo o sistema de investigação e intervenção em cima de um bebê/criança que ainda não está minimamente constituído e que por seu atravessamento já se posiciona de forma estrangeira a esses pais irmãos, escola, prédio, etc.. ?

Enfatizo: Tomo o Diagnóstico situacional como etapa de suma relevância no cotidiano de minha prática clínica. Além de ser etapa implícita e constituinte do MTOD.

### **O que caracteriza o setting na clínica precoce?**

No MTOD, o setting, mais que um lugar, é um espaço de fazer, de criar e produzir. Um espaço aberto "internamente" para receber e que só se completa se o mantivermos aberto externamente para estimular o partir (Benetton, 2006).

Espaço de acontecer e de passagem, espaço possibilitador de movimentação.

Para a autora, em situações excepcionais podemos considerar o setting estendido desde que este tenha o mínimo de alterações da terapeuta e da condução ali empreitada.

Com essa definição de setting, podemos compreender a amplitude do campo de atuação da ação terapêutica no cotidiano da pessoa assistida.

Trabalho na casa da criança, com a criança e quem mais quiser ali participar.

Da casa para o mundo. A casa como ponto de partida.

Não fundamento essa escolha de forma ingênua, mas baseada nos pressupostos do tempo dessa criança, a casa como espelho primeiro da vida social, primeiro espaço de apreensão da alteridade. Como nos fala Heller (2008), o indivíduo a apropriar-se de uma forma de se alimentar, de se vestir, de se higienizar, não diz respeito apenas a aprendizados individuais, mas sim toda uma incorporação de regras sociais daquela determinada comunidade. Desse lugar consigo sustentar o olhar crítico e analítico. Intervenções nas cenas cotidianas, esse cotidiano que ainda em sua geografia tem como prevalência a casa. A casa objeto também de intervenção.

Apresento um recorte clínico para ilustrar a intervenção no cotidiano domiciliar.

Pedro, dois anos e quatro meses, iniciou o atendimento de Terapia Ocupacional. Apresentava um distanciamento e uma indiferença aos outros bastante acentuados. Ausência de linguagem e um olhar perdido. Sua inquietação era marcante, corria de um lado a outro da casa, como se não tivesse onde ancorar. Na observação percebi a falta de geografia nos diversos espaços da casa. Pedro tinha suas roupas em um quarto, seus brinquedos na sala, fazia as refeições no sofá da sala, tomava banho no banheiro da irmã e dormia no quarto dos pais. Tais elementos não entravam como problema na composição do discurso parental.

Com atravessamentos tão precoces, como Pedro poderia integrar minimamente o mundo externo?

Pelos elementos acima mencionados, optei por trabalhar preferencialmente no setting estendido. Sou uma trabalhadora que leva, talvez, ao extremo essa escolha.

## E o lugar do terapeuta?

Sustentado na relação triádica: terapeuta-paciente-atividades, o terapeuta ora tem a criança como um dos vértices, ora faz um deslizamento em direção aos pais, aos irmãos, aos auxiliares domésticos e etc...

Assim esse terapeuta apresenta-se de forma muito ativa. Em uma postura desejanter, de convoke e de abertura para o encontro com a criança.

O olhar e a escuta muito aguçados para a percepção do movimento do discurso/ação que se encontra em seu nascedouro.

A terapeuta, nesse tempo da infância, circula de forma muito intensa entre a função terapêutica e a ação educativa. Como diz Jerusalinsky (2005), nesse tempo precoce da vida, diferente do adulto, o terapeuta tem que somar à sua tarefa uma obrigação a mais: se ocupar do que ainda não está constituído.

Vale ressaltar que, etimologicamente, terapêutica significa cuidar. E educar em sentido amplo, filosófico, fazer passar da potência ao ato, da virtualidade à realidade (Evandro Silva Martins – etimologia de alguns vocábulos referentes a educação).

A formação desse terapeuta:

- Fundamentação teórica, em TO, que norteie sua prática
- Intimidade com um largo arsenal de atividades
- Conhecimento teórico do desenvolvimento em seu sentido amplo (cognitivo, motor e psicodinâmico)
- Supervisão.

## Qual o foco dessa assistência?

O foco dessa assistência é sustentado pela tríade no qual as atividades emergem a partir de um misto entre atividades lúdicas propostas, atividades educativas necessárias, atividades no cotidiano familiar.

A busca do brincar assume um lugar privilegiado nesse contexto.

Vale ressaltar o que observei ao longo desses anos, que a questão em saúde mental na infância e mais ainda na infância precoce, não se trata de uma questão de ESTIMULAR, no sentido de estímulos dirigidos a um órgão perceptivo ou membro motor. Mas sim no movimento da tríade a busca do encontro, do enlace. Do eu/você.

O estímulo não se situa no objeto vermelho, no triângulo no chocalho, ou pelo que suas propriedades físicas possam despertar, e sim pelo modo como esse outro, com essa atividade, enlaça essa criança, convocando-a a fazer algo com o terapeuta.

## Qual o objetivo final da Terapia Ocupacional?

A direção da assistência em Terapia Ocupacional, efetivamente, não tem como imperativo discursivo a disciplina ou a extrema adaptação do sujeito. Tem o compromisso sim, com a construção de um campo possibilitador onde essa criança possa articular, hábil e criativamente, sua adversidade em seu cotidiano. Viver como ato de criação e não uma mera submissão ao mundo externo que lhe concede a possibilidade de existência. A possibilidade de movimentação entre o particular e o genérico. O grande final, um lugar de positividade social, apesar de qualquer adversidade.

*"(...) João era tudo? Tudo escondido, florindo...*

(Carlos Drummond de Andrade)

## Referências Bibliográficas

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

BENETTON, M.J.; FERRARI, S.M.L.; TEDESCO, S. **Hábitos, Cotidiano e Terapia Ocupacional.** Revista *ceto* ano8, n.8, 2003

HELLER, A. **O Cotidiano e a História.** São Paulo: Editora Paz e Terra, 2008.

JERUSALINSKY, A. **Por Que as estruturas psicopatológicas na infância são não-decidas?** Seminários I. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Lugar de Vida, 2001.

JERUSALINKY, A. **La educación, es terapêutica? Acerca de três juegos constituyentes del sujeto.** Escritos de La Infância V: Publicaciones de FEPI, 1995.

# O uso do brincar na Terapia Ocupacional: Uma compreensão de experiência criativa e facilitação da participação social

Marisa Takatori

Começo explicando que esse foi o título da palestra que proferi no dia 16 de outubro de 2009, no XI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional realizado em Fortaleza, Ceará.

Como não havia escrito um texto para a minha fala, que aconteceu na medida em que os apontamentos nos slides de apresentação foram evocando discussões que tenho realizado em virtude do meu doutorado, tentarei ao máximo me lembrar do que disse naquele dia sob um forte calor, apesar do ar condicionado, e na companhia de pessoas conhecidas e de outras não. Entre as pessoas que não conhecia, havia alguns olhares curiosos para saberem quem eu era. Isso me deixou um pouco tensa no início. Talvez essa curiosidade tenha sido devido ao fato de alguns profissionais e alunos de Terapia Ocupacional de Fortaleza terem me esperado para um encontro em outras ocasiões, que não pôde acontecer devido aos impedimentos pessoais. Por isso mesmo, iniciei minha fala agradecendo a esses profissionais e estudantes de Terapia Ocupacional, a oportunidade de novamente ser convidada para um encontro e poder falar um pouco das coisas que penso sobre nossa profissão. Dessa vez pude estar lá.

Apresentei parte de uma pesquisa<sup>1</sup> que aborda reflexões decorrentes de um projeto de iniciação científica realizado com alunos<sup>2</sup> do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário São Camilo, desenvolvido entre 2005 e 2007, e do projeto de doutorado, apresentado ao Programa

de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Edda Bomtempo, a ser finalizado neste ano.

Neste trabalho, e até o momento, considero que, em uma sessão de Terapia Ocupacional, os caminhos pelos quais o olhar e o pensamento que compõem o raciocínio e os procedimentos do terapeuta no contexto do processo terapêutico do indivíduo atendido, podem ser, no mínimo, dois:

a) o terapeuta utiliza seu conhecimento teórico e prático acerca das técnicas interdisciplinares, por exemplo aquelas baseadas no Tratamento do Neurodesenvolvimento (TND), na sua relação com o indivíduo atendido;

b) o terapeuta utiliza seu conhecimento sobre as atividades do ser humano e as atividades como instrumentos nos seus procedimentos, associadas ou não àquele sobre as técnicas interdisciplinares, na sua relação com o indivíduo e as atividades dele.

De um modo ou de outro, espera-se que, com a Terapia Ocupacional, o indivíduo atendido possa se beneficiar na realização das suas atividades cotidianas.

No entanto, tenho observado, com a experiência no atendimento às crianças, assim como aos adultos e idosos, que se eu percorro o primeiro caminho mencionado, não necessariamente o indivíduo irá realizar suas atividades cotidianas

com maior independência e autonomia. Aquilo que o indivíduo vivencia com o Terapeuta Ocupacional e fica registrado nele como experiência, como movimentos e posturas mais adequadas e saudáveis, embora apreendido, nem sempre é utilizado nas suas atividades do dia a dia. Por exemplo, uma coisa é você desenvolver determinada habilidade ao longo dos atendimentos de Terapia Ocupacional, como a possibilidade de pegar objetos pequenos com o uso da pinça em ramos retos, outra coisa é você fazer uso dessa habilidade e capacidade no contexto cotidiano da experiência de fazer alguma coisa, como segurar uma agulha e fazer uma tapeçaria ou puxar a porta do fogão de brinquedo durante a brincadeira de faz de conta. Outro exemplo: o indivíduo pode melhorar ou adquirir seu controle cervical na Terapia Ocupacional, dependendo da posição em que é colocado e/ou da forma como o terapeuta manuseia seus seguimentos corporais, mas fica difícil saber se ele fará a mesma coisa em casa com sua família e outros cuidadores, mesmo quando o profissional orienta e ensina essas pessoas em alguns atendimentos ou ações em grupo. São circunstâncias e relações interpessoais diferentes que exigem investimentos diversos por parte do indivíduo.

Por outro lado, se o terapeuta segue o segundo caminho e opta por usar as atividades por ele propostas e realizadas pelo paciente com a intenção de favorecer e provocar o acontecimento de experiências criativas ao longo do processo de terapia e no contexto da relação triádica (Terapeuta Ocupacional-pacientes-atividades), penso e acredito que se torna mais favorável, ao indivíduo, viver e experimentar circunstâncias semelhantes em outros espaços do seu cotidiano, como em sua casa, e com outras pessoas. Quero enfatizar que os investimentos de ingressar em uma experiência de fazer atividades são vivenciados com o terapeuta. O uso de habilidades

desenvolvidas na Terapia Ocupacional, como por exemplo a prensão em ramos retos, no contexto da realização de atividades, foi experimentado na própria Terapia Ocupacional, durante a brincadeira de faz de conta, o preparo de uma salada de frutas ou a pintura em tela. Penso que viver essa cena novamente em casa, na escola ou no trabalho é um acontecimento mais fácil de ocorrer. Pintar, costurar, desenhar, conversar, jogar, cozinhar, passear, escrever, fazer exercícios, entre outras atividades que o ser humano pode realizar, são exemplos de atividades que podem, o terapeuta e o próprio paciente, propor e vivenciar na Terapia Ocupacional. Se a experiência com o terapeuta for agradável ou significativa para o paciente em outros sentidos, ele poderá reavê-la em outras circunstâncias, mesmo na ausência física do seu terapeuta. O indivíduo, paciente, terá em seu registro vivencial que é possível fazer. Ele poderá dizer: "fui eu que fiz". Se ainda for difícil ele reconhecer seu próprio fazer, o terapeuta poderá afirmar: "foi você que fez".

Para compreender melhor por que penso nesse segundo percurso pelo qual a Terapia Ocupacional pode acontecer, creio ser importante apresentar alguns pressupostos teóricos e vivenciais:

- a) cosmovisão – visão de mundo;
- b) visão de homem - teoria do desenvolvimento emocional primitivo, da criatividade e do brincar de D. W. Winnicott (1896-1971);
- c) compreensão das atividades humanas e sua relação com a saúde;
- d) compreensão de atividades na Terapia Ocupacional, população alvo e sujeito alvo (neste trabalho, estou considerando, respectivamente, pessoas com deficiência e a criança com deficiência).

De modo sucinto, discorrerei cada aspecto:

a) quanto à visão de mundo, faço uma associação com uma problemática social contemporânea que tem repercussões na Terapia Ocupacional. Trata-se da desumanização dos acontecimentos. A vida na contemporaneidade está pautada no “ter” e não no “ser e fazer”. Não é recente que o tempo não está mais relacionado às experiências humanas vividas. O ser humano ingressa gradualmente, desde seu nascimento, nessa realidade compartilhada, muitas vezes respondendo às exigências externas, isto é, desabrigado da própria experiência. Para mim essa é uma questão importante sobre a qual pensar, uma vez que atendemos uma população destituída ou distanciada da vivência singular devido não somente a esse ritmo de vida no qual estamos inseridos, mas aos fatos como ter uma doença, sofrer um acidente, ter um estigma ou viver em condições socioculturais precárias;

b) em relação à compreensão do desenvolvimento humano (WINNICOTT, 1963), vejo-o como um processo para o qual contribuem tanto o potencial herdado para esse amadurecimento como o suprimento ambiental satisfatório (ambiente suficientemente bom) que facilita a tendência individual herdada. Esse ambiente suficientemente bom possibilita a existência de uma terceira área da vida: a da experiência cultural ou do brincar que alivia a tensão gerada entre a realidade interna e a compartilhada. Para ser saudável, é necessário experimentar criar, e a origem dessa vivência remonta às experiências de ilusão, favorecidas pela mãe suficientemente boa que coloca o objeto a ser criado no lugar e momento exato da criação pelo bebê. É nesse espaço potencial, entre a mãe e o bebê, que o objeto transicional (OT) e os fenômenos transicionais dão forma à, outrora, área de ilusão. Após o OT ser descatexizado e jogado ao limbo e a percepção objetiva da realidade externa ser possível à criança, as experiências que envolvem o brincar, as artes, a religião, o trabalho científico criador e

os interesses culturais, favorecem a manutenção da criatividade e, portanto, da saúde. No que diz respeito à brincadeira das crianças, Winnicott (1942, p. 163) afirma que “[...] é a prova evidente e constante da capacidade criadora, que quer dizer vivência”. Quanto à saúde, tal qual diz Winnicott (1967, p. 21): “[...] digamos que um homem ou uma mulher saudáveis sejam capazes de alcançar uma certa identificação com a sociedade sem perder muito de seus impulsos individuais ou pessoais [...] uma identificação extremada com a sociedade acompanhada de perda do self, e da importância do self, não é normal de modo algum”. Quando esse autor (1967) diz que é uma pena que pessoas saudáveis tenham que viver em corpos deformados, doentes, com grande dor ou fome, para mim abrem-se possibilidades, embora não fáceis, para continuar favorecendo a saúde dos indivíduos atendidos na terapia, mesmo aqueles que vivem em situação de grave restrição de movimento, compreensão intelectual e participação social<sup>3</sup> ;

c) Se saudáveis, as atividades do homem no seu cotidiano, embora no contexto da realidade compartilhada, exprimem e revelam quem é esse homem, ator e autor das ações. O cotidiano é como um conjunto de atividades ou ações humanas que dizem respeito a uma dada pessoa e que torna esse cotidiano um “filme”, roteiro singular da vida de alguém. Então compreendo as atividades do indivíduo como criativas e não como ações reativas, portanto não saudáveis, a essa realidade compartilhada. Perrotti (1990) ressalta que, no mundo atual, a cultura se assemelha a um objeto opaco e sem vida, pois, muitas vezes, não se conecta àquele que produz, mas ao tipo de sistema de produção vigente na sociedade. No entanto, como diz Certeau (1995), o homem comum, por meio das “artes de fazer”, apropria-se do que lhe é apresentado pela cultura já presente, anterior à sua existência como indivíduo, e faz

bricolagens pelas quais a narrativa diária, presente no cotidiano, vai sendo singularmente construída. Há uma criatividade das pessoas comuns que as leva às manobras silenciosas e sutis como formas próprias de fazer em meio a uma denominada cultura que se propõe única. O gesto, para esse autor, é um ato produtor que leva às criações anônimas, diferentes maneiras de fazer que compõem a cultura comum e cotidiana. É a partir dessa compreensão, que enche nosso caminho de esperança e abre passagens, que também tomo as atividades, instrumentos na Terapia Ocupacional<sup>4</sup>;

d) na compreensão das atividades na Terapia Ocupacional utilizo como referências os ensinamentos de autores como Jô Benetton, Solange Tedesco, Sônia Ferrari e Viviane Maximino, entre outros. Na Terapia Ocupacional, as atividades, instrumentos de nossas ações, são indicadas, sugeridas, propostas para serem vivenciadas como experiências criativas para pessoas que deixaram ou sempre tiveram dificuldades de fazer suas atividades de modo criativo, portanto, pessoal e saudável. Por exemplo, com relação a este trabalho, no caso da criança que nasce com uma deficiência ou a tem decorrente de uma doença ou acidente, podemos já imaginar que essa criança viveu situações de intrusão provocadora de reações para além do que qualquer indivíduo, desde que nasce ou um pouco antes, tem condições de enfrentar dentro de uma situação saudável (WINNICOTT, 1949). Além dessa vivência reativa, também podem permear as experiências dessa pessoa com deficiência as consequências do que Amaral (1995) denomina deficiência secundária. É a “deficiência” que se refere não diretamente à alteração ou diferença em si, mas à leitura social que é feita acerca da pessoa que é vista como diferente. Em especial as pessoas com diferenças de ordem física, têm em evidência características distintas imediatamente visíveis, o que, geralmente, as coloca na condição

do desacreditadas, tal qual nomeia Goffman (1982). Então, estou falando de crianças com deficiência física associada ou não a outras que, embora vivenciando as dificuldades dela decorrente, são pessoas estigmatizadas que se encontram na mesma realidade compartilhada que os demais e tendem a ter as mesmas crenças sobre identidade que todos têm (GOFFMAN, 1982). Quero com isso dizer que a criança que tem deficiência também pode pensar e desejar ter suas funções corporais e o próprio corpo normais como as demais crianças com quem convive. Se, por um lado, esse pedido geralmente está presente no processo de Terapia Ocupacional, por outro, penso que, quando se trata da população de crianças, há inúmeras situações em que elas não são ouvidas, embora bem cuidadas. A criança, muitas vezes, ainda é vista como uma pessoa que ainda vai crescer e com isso seus gestos e solicitações podem não ser vistos no dia a dia em que os adultos estão envolvidos com inúmeras responsabilidades e preocupações que podem suplantar um pedido ou escolha de uma criança.

Esses foram alguns dos pressupostos teóricos e vivenciais que me levaram a deparar com alguns desafios de reflexão e estudo em relação às ações do terapeuta no contexto clínico com a criança que tem deficiência:

- refletir sobre cultura, produção cultural e a criança no contexto onde essas crianças estão, em um primeiro momento, por causa da dificuldade no desenvolvimento das habilidades físicas e/ou cognitivas. Quero dizer sobre a dificuldade de pensar nas atividades, propor atividades e considerar a produção cultural dessas crianças que também apontam exigências e desejos de “normalidade” tal qual seus familiares ou outras pessoas, incluindo, muitas vezes, os próprios profissionais que delas cuidam;

- se há uma dificuldade para olhar a pessoa

com deficiência a partir do que ela é, associada ao fato dessa pessoa “ainda” ser uma criança, refletir sobre como pode ser considerado aquilo que elas fazem. A criança, embora também tenha a expectativa que seu braço mexa tal qual os braços humanos mexem, anseia e necessita ser vista tal qual ela é e precisa da ajuda dos adultos para construir e manter um viver saudável;

- pensar no uso das atividades, na área do brincar, na Terapia Ocupacional com pessoas (crianças) que têm deficiência física em um momento histórico da profissão quando ainda é hegemônica a ideia de reabilitação física.

Diante desses questionamentos, entre outros, o objetivo desse trabalho foi apresentar e refletir sobre uma forma de compreender o brincar no processo de Terapia Ocupacional com crianças que têm deficiência física, na qual o brincar é, muitas vezes, um dos objetivos do processo e, sempre, área na qual acontecimentos saudáveis, criativos e de experiências culturais podem ser realizados, favorecendo a participação social dessas crianças.

Tal qual diz Safra (2005), o próprio objeto de estudo desvela o caminho metodológico aparentado e norteado, portanto, pelo objeto de investigação. Nesse sentido, tratou-se de uma investigação construída e decorrente da relação do indivíduo pesquisador e o indivíduo (criança) atendido na Terapia Ocupacional e suas atividades. A investigação procurou seguir uma proposta de pesquisa, do ponto de vista epistemológico, sujeito-sujeito, tal qual explica Safra (2005). Aconteceu no campo relacional entre o Terapeuta Ocupacional, o paciente e as atividades. O recorte estudado utilizou a própria situação clínica, na qual as atividades foram vistas como experiências que trazem em si os investimentos singulares de quem as realizou. Participaram, dessa pesquisa, uma Terapeuta

Ocupacional (docente), três crianças, Isabela, 4 anos, XLR-8, 6 anos e Hot Park, 8 anos<sup>5</sup> e, em um dado momento, quatro alunos de Terapia Ocupacional. O local onde parte da pesquisa foi desenvolvida foi uma clínica vinculada a uma instituição de ensino, em São Paulo<sup>6</sup>. Para a coleta dos dados, utilizei a observação participante, a análise documental (registros em prontuários das crianças atendidas) e a entrevista aberta com familiares. Usei um diário de campo no qual foram registrados os acontecimentos e as observações dos atendimentos das crianças, falas, gestos, atividades, materiais utilizados e também as impressões sobre a experiência vivida por aqueles que estavam realizando a pesquisa (eu e os alunos). Esta, portanto, aconteceu no próprio contexto da clínica: área da subjetividade, da construção de sentidos, do fazer na realidade compartilhada (relação Terapeuta Ocupacional, atividades e criança).

Por meio desse estudo e das observações no contexto da clínica compreendi um pouco mais sobre o universo das crianças, consumidoras de produtos da cultura e, também, produtoras de cultura a partir do que são e fazem cotidianamente. Penso que a possibilidade de uma reflexão sobre o posicionamento do Terapeuta Ocupacional diante das atividades que as crianças realizam e a consideração cultural dessas produções favorecem o reconhecimento e a participação ativa das crianças na realidade compartilhada da qual fazem parte.

As atividades humanas têm a característica de sustentarem e perpetuarem histórias e relações no cotidiano das pessoas. As atividades na Terapia Ocupacional, originárias das atividades humanas, constituem o instrumento privilegiado dos procedimentos do Terapeuta Ocupacional no sentido de favorecer a comunicação e a aproximação da pessoa que as realiza com o

mundo compartilhado, da cultura e das relações sociais.

Considero as atividades como a materialidade colocada em processo de transformação pelo indivíduo. Isso implica que, ao falar de atividades, necessariamente, estou me referindo ao indivíduo que se posiciona de modo singular diante do que a realidade compartilhada lhe oferece em termos de material, espaço e tempo, os quais utiliza a seu modo. Diante da singularidade presente nas experiências criativas de realização de atividades, observar o paciente na relação triádica na Terapia Ocupacional é um dos caminhos para avaliá-lo. É conhecê-lo realizando atividades no contexto de uma relação que se propõe ser terapêutica, na qual as atividades (aqui, no seu sentido circunscrito às técnicas de realização) são ora preparadas, planejadas e previamente indicadas, ora decorrentes de situações espontâneas e inesperadas, mas sempre possibilitadas e instigadas no sentido da saúde. Essa avaliação, como ponto de partida, ao mesmo tempo que indica o início de uma história compartilhada e feita de atividades com o paciente, implica em continuidade, isto é, cada momento vivido na relação triádica integra essa história cujos participantes estão sempre caminhando para a frente, considerando o que já foi, mas indo para a direção do que está por vir, pautado nas possibilidades, potencialidades, crescimento, desenvolvimento, desejos, novidades, construção, transformação e crença.

Quando falo no olhar ampliado sobre a criança e seu fazer, incluindo o ambiente físico e humano, portanto, as relações contextualizadas das quais compartilha, quero enfatizar a importância da observação para a composição de uma história inicial e sua possível continuidade, isto é, o consequente caminho interventivo que irei percorrer com o paciente em sua Terapia

Ocupacional. A partir de um olhar ampliado sobre a criança e suas atividades cotidianas constrói-se uma “[...] história atual [grifos nossos], a qual pertence toda a história desde o planejamento, concepção, gestação, nascimento e primórdios do desenvolvimento. E com essa história atual planejar uma intervenção que tenha sentido para a criança, isto é, que possa atender suas necessidades” (TAKATORI, 1999, p. 207).

Retomo aqui o pressuposto que brincar não é uma forma de o paciente desenvolver habilidades imputando um sentido de exercício às atividades, o que descaracteriza a verdadeira brincadeira e se constitui em manipulação de objetos (outrora brinquedos) para o exercício de funções específicas alteradas no indivíduo. Utilizo o brincar compreendido como área de experiências criativas e como atividades, no caso das brincadeiras e jogos, qualificadas e significadas por quem as realiza e em consonância com sua história pessoal e forma de ser. No contexto dessa experiência, a criança desenvolve capacidades e habilidades, pois esse é o percurso que qualquer ser humano, em seu processo de desenvolvimento, faz no dia a dia. Afinal, quando qualquer criança brinca, certamente desenvolve diversas habilidades, porém mantendo a situação de um verdadeiro brincar: a criança brinca para brincar. O que pode descaracterizar a brincadeira e é observado e percebido sempre pela criança e, algumas vezes, pelo adulto, é quando a condução da brincadeira é marcada pelo objetivo de desenvolver determinada habilidade, deslocando o foco da atividade – brincadeira – para a aquisição dessa habilidade.

Voltando à criança com deficiência física, de fato, o desenvolvimento motor deve ser um dos focos de atenção com essa criança, uma vez que há incapacidades motoras presentes no seu desenvolvimento, mas é preciso lembrar que as habilidades motoras só são requeridas e usadas

no contexto de diversas ações e atividades que a pessoa possa vir a realizar. Sem o desejo e a necessidade de fazer coisas, as habilidades e capacidades isoladas não têm uso, isto é, o corpo de uma pessoa não é um conjunto de engrenagens e alavancas tais quais existem nas máquinas que, quando consertadas ou reparadas, tornam a máquina novamente apta a funcionar. O corpo de uma pessoa tem habilidades e movimentos que sem o significado dado pela pessoa à ação não servem, ficam sem uso. A criança desenvolve seus aspectos físicos, entre outros, agindo sobre o meio e significando essas experiências no contexto de suas ações.

Concluindo, fazer Terapia Ocupacional, por si só, é um início de uma ampliação e uma passagem para outros fazeres e espaços sociais. As histórias dos pacientes, acrescidas pela história construída na Terapia Ocupacional, muitas vezes, evidenciam as repercussões das atividades realizadas no processo terapêutico, no dia a dia das crianças e de suas famílias. O uso do grupo como espaço de proposições de atividades também favorece a ampliação das experiências de participação social.

A pessoa com deficiência, continuamente, coloca-nos diante do desafio de exercitar nosso olhar para além daquilo que nos é socialmente dado como familiar e encontrar, nas diferenças, na singularidade de cada indivíduo.

Quando o fazer implica em produção do indivíduo como uma criação original, mantendo a riqueza de uma comunicação pessoal, podemos compreender essa produção como experiência saudável e potencialmente transformadora.

É nesse sentido que trato o brincar: como atividades em um campo de experimentação de possibilidades do fazer criativo, mesmo que esse fazer não seja próximo do fazer socialmente esperado para uma criança que se encontra em

uma determinada faixa etária. A aceitação e o reconhecimento da originalidade são essenciais para que um ser possa fazer a partir do que é, sem ter que continuamente reagir diante das expectativas sociais que existem no mundo compartilhado.

## Referências Bibliográficas

AMARAL, L. A. **Conhecendo a deficiência: em companhia de Hércules**. São Paulo: Robe, 1995. 204 p.

CERTEAU, M. de **A cultura no plural**. Campinas, São Paulo: Papirus, 1995. 253 p. (Col. Travessias do Século).

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

PERROTTI, E. **A criança e a produção cultural: apontamentos sobre o lugar da criança na cultura**. In: ZILBERMAN, R. (Org.). *A produção cultural para a criança*. 4. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1990. p. 9-27.

SAFRA, G. **Método de pesquisa: do projeto à elaboração do texto final – As metodologias contemporâneas e suas bases epistemológicas, com foco na pesquisa em Psicologia e Psicanálise**. Aula ministrada no curso de pós-graduação em Psicologia Clínica – USP pelo Prof. Dr. Gilberto Safra. Produção da Edições Sobornost. São Paulo: Edições Sobornost/Resposta Editorial e Comercial, 2005. 1 DVD (105 min), son., color.

TAKATORI, M. **O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: privilegiando um olhar para a construção das intervenções em reabilitação**. 1999. 233 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia,

Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

WINNICOTT, D. W. (1942) **Por que as crianças brincam**. In: \_\_\_\_\_. A criança e seu mundo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1982. p. 161-165.

\_\_\_\_\_. (1949) **Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade**. In: \_\_\_\_\_. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 254-276.

\_\_\_\_\_. (1963) **Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo**. In: \_\_\_\_\_. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. p. 79-87.

\_\_\_\_\_. (1967) **O conceito de indivíduo saudável**. In: \_\_\_\_\_. Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 17-30.

## Agradecimentos

Às crianças e seus familiares que foram atendidos por mim em Terapia Ocupacional.

Aos mestres: Profa. Dra. Edda Bomtempo e Profa. Dra. Maria Auxiliadora Cursino Ferrari.

Aos terapeutas ocupacionais: Fernanda de Souza Dalti Pereira, Luana Wang Lin, Luciana Orui Bansi e Ricardo Lopes Correia.

## Notas

1. Não havia e ainda não há como apresentar os resultados da pesquisa de modo pleno, uma vez que a tese de doutorado ainda não foi defendida.

2. Hoje, esses alunos são profissionais de Terapia Ocupacional a quem sempre agradeço.

3. Tenho ainda a intenção de escrever sobre o que penso dos atendimentos de pessoas, principalmente, crianças que vivem com múltiplas deficiências, referidas entre muitos profissionais como crianças “graves”.

4. Para essa discussão também tenho utilizado as referências bibliográficas de autores como A. Heller, G. Kujawsky e H. Arendt.

5. Esclareço que a forma de referir a cada criança, utilizando o próprio nome ou não, e a escolha do nome fictício, foi definida pela família e pela própria criança.

6. Centro Universitário São Camilo.

# Apontamentos sobre a construção de cotidianos: Narrativas de um serviço residencial terapêutico

Daniela Oliveira de Carvalho Veríssimo e Melo

## Resumo

Na perspectiva da desinstitucionalização e à luz do referencial teórico-metodológico proposto pela Terapia Ocupacional Dinâmica, este trabalho tem como objetivo apresentar o Serviço Residencial Terapêutico Vila Prudente II, apontamentos sobre o processo de co-construção de cotidianos significativos para os residentes e reflexão sobre o quarto termo na Terapia Ocupacional Dinâmica.

**Palavras-chave:** desinstitucionalização. cotidiano. método Terapia Ocupacional dinâmica/ quarto termo. Terapia Ocupacional/tendências.

## Abstract:

In view of deinstitutionalization and illuminated by the Dynamic Occupational Therapy's theoretical and methodological reference, this paper aims to present the "Vila Prudente II" Therapeutic Residential Service, notes on the process of shared construction of significative everyday life for residents and reflection about the Fourth Term in Dynamic Occupational Therapy.

**Keywords:** deinstitutionalization. everyday life. dynamic occupational therapy /fourth term. occupational therapy/trends.

## Introdução

O Censo Psicossocial do Estado de São Paulo, divulgado pela Secretaria Estadual de Saúde em 2008, revelou a existência de quase 12 mil leitos psiquiátricos no estado. Identificou que destes, 6.349 são ocupados por moradores: pessoas cujo tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado resultou no rompimento de laços (familiares, comunitários e de moradia) viabilizadores de seu retorno à vida em comunidade.

Conforme as disposições previstas na Lei 10.216/01, o fechamento de leitos em manicômios implica a ampliação da rede de serviços de base comunitária, dentre os quais, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – comumente chamados de residências terapêuticas.

Instituídos pela Portaria GM 106/00, caracterizam-se como casas inseridas na comunidade – que respondem, concretamente, à necessidade de moradia de egressos – e “tem como objetivo central oferecer a eles um amplo projeto de integração social” (Brasil, 2000).

No contexto brasileiro de reorientação do modelo assistencial em saúde mental, em 2008, ocorreu o descredenciamento de leitos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) em dois hospitais psiquiátricos situados no município de São Paulo e, por conseguinte, no biênio 2008-2009, foram inaugurados 19 SRTs. Há estimativa de que cerca de 1000 moradores de manicômios, espalhados

por todo estado, sejam naturais da cidade de São Paulo.

Atualmente, existe um total de 20 (femininos, masculinos e mistos) em funcionamento. Cada um deles possui capacidade para acolher um grupo de até oito residentes e tem equipe composta<sup>1</sup> por:

a) Seis acompanhantes comunitários: pessoas, preferencialmente da comunidade, contratadas para oferecer apoio aos residentes no dia-a-dia (auxílio na higiene pessoal, no preparo de refeições, ao circular pelo bairro, por exemplo) e, principalmente, favorecer o intercâmbio entre residentes, comunidade, outros serviços (igreja, posto de saúde, banco, supermercado, etc.); reportam-se à coordenação do SRT e estão organizados em plantões 12x36 horas para cobertura de 24 horas por dias, sete dias por semana;

b) coordenador: pessoa com graduação na área da saúde (Terapia Ocupacional, Serviço Social ou Psicologia), formação e experiência prévia em saúde mental; técnica e administrativamente, gere o SRT e constrói, junto com os acompanhantes comunitários e residentes, seu projeto nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, em diretrizes técnicas do Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; é referência para os acompanhantes comunitários e residentes inclusive aos finais de semana e período noturno.

O SRT está vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência para a região em que se insere. Após a alta hospitalar, os residentes iniciam acompanhamento no CAPS de acordo com as demandas singulares identificadas.

Cabe salientar a distinção entre o espaço de moradia (SRT) e o espaço de tratamento formal em saúde mental (CAPS).

Isto posto, será apresentado o SRT Vila Prudente II destacando: o grupo de residentes, os desafios iniciais identificados na implantação deste serviço, as estratégias adotadas pela coordenação e, por conseguinte, uma reflexão sobre o conceito de quarto termo no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD).

### **SRT Vila Prudente II: espaço aberto para receber**

Inaugurado em 18 de maio de 2009, em parceria com a Associação Saúde da Família<sup>2</sup>, o SRT Vila Prudente II está localizado no bairro da Moóca (Zona Leste da cidade) ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Vila Prudente. Coordenado por uma Terapeuta Ocupacional, foi o 20º SRT implantado pela Prefeitura.

Entre o período de contratação da equipe e a inauguração oficial do SRT, marcada pela mudança do primeiro residente, houve amplo debate acerca do papel deste serviço na rede de saúde mental e, principalmente, foram pensadas estratégias de cuidado para o grupo que seria acolhido pela equipe.

De partida, apresentavam-se alguns paradoxos: ser um serviço público e espaço doméstico, ser lugar de trabalho da equipe e de moradia para os residentes. Diante destas e tantas outras questões, a equipe considerou a importância de compreender qual o sentido da mudança para cada residente que seria recebido.

Desta forma, a equipe procurou se aproximar dos residentes enquanto eles ainda estavam no hospital. Foram realizadas visitas marcadas pela intensa sensibilização dos acompanhantes acerca das histórias narradas pela equipe do hospital e, por conseguinte,

planejados almoços no SRT para que os residentes conhecessem a casa. Posteriormente, foi-lhes assinalada a opção de aceitar ou não a mudança para o SRT.

O sentido destas ações esteve pautado, inicialmente, na compreensão da equipe sobre o que seria uma casa confortável e acolhedora: local que abriga, guarda bens materiais (roupas, mobília, alimentos, etc.) e imateriais (lembranças, memórias, sentimentos), habita-se.

Portanto, o SRT deve ser o local, por excelência, de construção de novas narrativas para a vida dos residentes e palco da construção de cotidianos com significado pessoal e social.

### **Diagnóstico situacional, desafios iniciais e possibilidades**

Parte-se da definição de diagnóstico situacional proposta por Benetton, Moraes e Tito (2007). As autoras assinalam que este procedimento deve ser plástico e dinâmico, no sentido de representar as condições sócio-emocionais e contextuais do sujeito-alvo em determinado momento, a cada momento.

Considera-se que a contribuição destas autoras amplia a discussão conceitual do diagnóstico situacional, pois verifica que tal procedimento proporciona o planejamento do terapeuta e a construção de intervenções facilitadoras da inserção social do sujeito-alvo (p. 49).

O grupo de residentes<sup>3</sup> deste SRT é composto por sete homens com idades entre 38 e 61 anos e períodos de internação psiquiátrica entre dois e 40 anos. Todos tinham suas identidades preservadas (nomes, documentos pessoais e fragmentos de história de vida) e elevado grau

de institucionalização – rotina diária fortemente marcada pela vivência hospitalar.

A escolha em mudar para o SRT esteve baseada na percepção de que seriam transferidos para um novo hospital com hotelaria melhor, equipe mais gentil e comida saborosa. Relataram a vivência de rotinas pautadas pela organização do ambiente asilar (horário para medicação, alimentação, banho e sono) com pouco ou nenhum significado pessoal.

Na perspectiva dos residentes, a mudança para o SRT se configurou como uma situação de ruptura e desorganização, pois ao longo do período de internação tinham a expectativa de que o momento de alta significaria o retorno para a casa onde moravam com a família.

Assim, ir para um SRT significava a marca concreta do abandono familiar e social, além do reconhecimento das perdas vivenciadas durante a internação. Alguns residentes apresentaram agudização de quadro clínico o que exigiu intensa articulação com a equipe do CAPS.

Ademais, busca-se ativamente a articulação intersetorial dos serviços do território da Vila Prudente - Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) na co-responsabilização da assistência necessária aos residentes.

No processo de integração entre as equipes, em múltiplos sentidos, foi necessário grande investimento da equipe de SRT na relação com os profissionais da rede de saúde local que apresentaram dificuldade e/ou resistência no manejo de pessoas em importante situação de vulnerabilidade (social e clínica).

Para tanto, o fortalecimento dos laços de

solidariedade entre a equipe de SRT foi de extrema importância na elaboração de estratégias de enfrentamento dos desafios identificados.

Um dos desafios centrais neste momento foi o manejo da expectativa da equipe de acompanhantes em relação aos residentes. Acreditava-se que o dia da alta hospitalar seria, grosso modo, “um final feliz” e que não haveria conflitos entre os residentes, por exemplo.

Neste contexto, foi necessária a construção ativa do papel do acompanhante comunitário, tanto no sentido mais amplo do tratamento proposto pelo modelo de saúde mental aos residentes como da prática profissional propriamente dita.

No dia-a-dia, os acompanhantes comunitários desenvolvem ações que repercutem positivamente no modo como os residentes realizam (ou não) suas atividades. O caráter terapêutico destas intervenções toma corpo na medida em que o habitar uma casa na comunidade possibilita a construção de um cotidiano com sentido social e significado pessoal.

### **MTOD: reflexões sobre o quarto termo**

A observação empírica da Terapeuta Ocupacional neste SRT sugere a atualização do conceito de quarto termo (Benetton, 2006) e pode assinalar um novo caminho de pesquisa e validação deste conceito.

No Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), quando o Terapeuta Ocupacional – inserido na relação triádica -, utiliza um “recurso humano”, tem-se o quarto termo.

Este pode ser compreendido como recurso terapêutico, na medida em que é utilizado com a finalidade específica de potencializar a circulação

do que é aberto no setting da Terapia Ocupacional: receber o externo e possibilitar o partir (Benetton, 1994). Logo, influencia a dinâmica interna da relação triádica, principalmente, altera a dinâmica de realização de atividades.

No SRT, os acompanhantes comunitários são recurso facilitador na interlocução entre sujeito-alvo e tecido social e, portanto, assumem o lugar do quarto termo. Cabe salientar que eles vivem no bairro e que cada residente possui um acompanhante de “referência”.

Tudo aquilo que é trazido de fora para dentro é recebido: formas de cozinhar ou cuidar da casa, informações sobre o comércio local, ruas, dentre outros exemplos. Primeiramente, observou-se que a presença dos acompanhantes comunitários enriqueceu o repertório de atividades dos residentes, isto é, resgatou atividades que os residentes já realizavam antes da internação prolongada.

Posteriormente, tal presença alterou a forma como se relacionam com a “casa terapêutica”. Levar a vida fora do hospital ou colocar a mesa para o almoço são atividades que adquiriram significado pessoal e, gradativamente, transformam, de maneira efetiva, a forma como são vistos por si próprios.

Cada residente passa a se reconhecer como aquilo que faz e por aquilo que deseja fazer, portanto, morar na comunidade adquire significado pessoal potente o suficiente para ampliar os espaços de efetiva participação social.

São processos lentos, artesanais e repletos de contradições: anos de internação versus meses de alta. Entretanto, pode-se falar em construção de cotidianos, ampliação de espaços de troca e participação social.

Tais constatações reforçam a necessidade de

observação dos efeitos do quarto termo na Terapia Ocupacional, bem como a validação dos aspectos observados.

### Conclusão

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica tem ofertado subsídios necessários à implantação e coordenação do SRT apresentado e no cenário atual das políticas públicas em saúde mental.

O exercício da Terapia Ocupacional neste contexto possibilita (aos sujeitos-alvo) a composição de novas histórias, resgate de histórias de vida, construção de cotidianos significativos e, por conseguinte, a sustentação destes no tecido social.

### Referências Bibliográficas

BARROS, S. e cols. (org). **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. São Paulo: FUNDAP, 2008.

BENETTON, M. J. **A Terapia Ocupacional como Instrumento nas Ações de Saúde Mental**. Campinas, 1994. 190f. Tese (Doutorado em Saúde Mental) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da UNICAMP.

BENETTON, M. J. **Trilhas Associativas: Ampliando subsídios metodológicos à Clínica da Terapia Ocupacional**. Campinas: Arte Brasil Editora/UNISALESIANO, 2006. Terceira edição.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei 10216**. Brasília, 06 de abril de 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM 106**. Brasília, 11 de fevereiro de 2000.

MORAES, G. C.; TITO, J. C. **Diagnóstico Situacional: uma possibilidade de avaliação em Terapia Ocupacional**. In: Revista do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, v.10, n. 10, set. 2007, p.48-52.

### Notas

1. Dados de setembro de 2009.
2. Organização Não Governamental (ONG) com sede no município de São Paulo, a Associação Saúde da Família é parceira da Prefeitura Municipal de São Paulo na implantação de 17 Serviços Residenciais Terapêuticos.
3. Dados de setembro de 2009

# Vivências Lúdicas na pré-cirurgia: O que dizem as crianças

Cláudia Maria Vieira Menezes

Orientadora: Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa

Dissertação do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente.

UECE/ HIAS, 2007

## Apresentação

Como Terapeuta Ocupacional atuando durante onze anos na unidade de cirurgia de um hospital infantil da rede pública, em Fortaleza-CE, juntamente com uma equipe integrada de profissionais, procuramos desenvolver um trabalho mais humanizado junto às crianças no sentido de prepará-las para enfrentar o ato cirúrgico.

Sabemos que essas crianças se tornam fragilizadas com essa situação conflitante que surge inesperadamente, fazendo com que geralmente se sintam estressadas e inseguras ante a esse evento ameaçador. Foi com esse sentimento de sensibilização que essa equipe integrada do Hospital Infantil Albert Sabin implantou o Projeto Cirurgia Sem Medo, que visa desmistificar o medo da cirurgia.

Percebemos que esse projeto é de caráter totalmente humanizador pois procuramos, por intermédio dele, olhar a criança de uma forma completa. Quando se pretende humanizar, temos que levar em conta o paciente, não enxergando apenas a patologia, mas ele como um todo, ou seja, contemplando suas áreas física, social, psíquica, emocional e espiritual<sup>1</sup>.

Observamos, ainda, que as informações dadas a essas crianças não são suficientes para cessar e/ou amenizar o estresse, a angústia ou o medo manifestados por elas. "Os esclarecimentos

pertinentes aos fatos que estão ocorrendo são de extrema importância para a criança. Ela tem o direito de acompanhar o que se passa com ela, de acordo com seu nível de maturidade e com suas possibilidades de compreensão<sup>2</sup>.

As informações, porém, que a criança recebe sobre a cirurgia são fundamentais, mas utilizamos também da atividade lúdica, como estratégia para que a criança supere com maior facilidade esse acontecimento imprevisível em sua vida, já que ela, mediante as circunstâncias, necessita de um cuidado especial.

Acreditamos que o brincar é um meio pelo qual a criança expressa suas emoções, adquire habilidades motoras, cognitivas e desenvolve a socialização. "O brinquedo não é apenas um objeto que as crianças usam para se divertirem e ocuparem seu tempo, mas é um objeto capaz de ensiná-las e torná-las felizes ao mesmo tempo<sup>3</sup>". Com isso, percebemos que esse recurso é bastante rico e que traz à criança um aprendizado ímpar, além de exercer a função de alívio nos momentos difíceis, resgatando a alegria que é própria da infância.

Diante do exposto, o objetivo da presente pesquisa consiste em compreender as vivências lúdicas com crianças na pré-cirurgia. O ato de refletir sobre o emprego do lúdico como instrumento na utilização de práticas assistenciais

pode possibilitar a obtenção de conhecimento acerca da influência que essa atividade possui diante ao estresse que é desencadeado para a criança submetida a esses procedimentos invasivos.

### Percurso metodológico

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com abordagem compreensiva. Foi realizado no Hospital Infantil Albert Sabin, na cidade de Fortaleza-CE e teve sua coleta de dados realizada no período de setembro a dezembro de 2006, com oito crianças envolvidas na pesquisa. Esse número foi determinado pela repetição do conteúdo dos discursos, tendo como critérios de inclusão crianças com idade entre sete e dez anos, que se submeteram aos procedimentos anestésico-cirúrgicos pela primeira vez, com permanência hospitalar de no mínimo até 48 horas após o evento cirúrgico. Vale ressaltar que esta pesquisa foi apreciada e autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do referido hospital.

A coleta de dados se deu em dois momentos: por meio de um formulário e, posteriormente, com aplicação de uma entrevista semi-estruturada.

Quanto ao formulário, denominado por Bundy<sup>4</sup> de Teste de Entretenimento (TdE) adaptado, trata-se de uma avaliação observacional da performance do brincar. Essa fase ocorreu na sala onde é desenvolvido Projeto Cirurgia Sem Medo, antes do procedimento anestésico-cirúrgico, e durou em torno de 30 minutos.

Já a entrevista semi-estruturada teve como pergunta norteadora: "O que foi que você achou daquela salinha de brinquedos onde você ficou antes da sua cirurgia?" A mesma foi gravada e posteriormente transcrita com anuência da criança e de seu responsável. Essa fase aconteceu até 48

horas após o evento cirúrgico na enfermaria onde a criança se encontrava internada.

Os discursos foram organizados e analisados sob a ótica da abordagem compreensiva, respaldada na proposta de Martins e Bicudo<sup>5</sup>, que está voltada não para a experiência em si, mas para o que existe de fato, ou seja, o verdadeiro sentido dessa experiência expressado pelo sujeito e o que este pode representar para ele e para a pesquisa. O ponto culminante desta análise foram as descrições das experiências pois, por meio destas, foi possível extrair os mais importantes significados que facilitaram a representação concreta dos processos lúdico e cirúrgico.

### Resultados e discussões

Em busca da compreensão dos discursos mediante as experiências vivenciadas pelas crianças, encontramos subtemas muito interessantes, dentre eles estão o brincar, o brinquedo, o medo, ausência de medo, otimismo e educação, que originaram duas unidades temáticas bastante relevantes: os sentimentos da criança ante o evento cirúrgico e a atividade lúdica como recurso terapêutico ocupacional. Ambas estão relacionadas diretamente com a percepção das crianças frente a esse momento vivido por elas.

Quanto aos sentimentos da criança diante do evento cirúrgico, acreditamos que estes se encontram embutidos no campo da emoção. Por conseguinte, entendemos que o sentimento pode alterar o comportamento tanto do ponto de vista construtivo como destrutivo, podendo-se apresentar como sólido ou frágil, envolvendo reações de medo, tristeza, alegria, tranquilidade, desencadeadas pela percepção de certos estímulos e situações.

O estado emocional de uma pessoa, seja ela adulta ou criança, passa pela esfera da fisiologia, causando alterações e refletindo diretamente na área corporal. [...] as emoções das crianças são construídas partindo de uma variedade de eventos, dentre os quais podemos encontrar aqueles de natureza visceral, a partir de sinais culturais e idiossincráticos, e de estruturas inatas e apreendidas<sup>6</sup>.

Essas emoções permeiam a criança em situações que muitas vezes deixam um significado profundo, conduzindo-a a expor o seu modo próprio de ver, sentir e reagir aos acontecimentos vitais, inerente à sua pessoa, levando-a assim a justificar diferentes comportamentos na vida adulta.

Em relação a atividade lúdica como recurso terapêutico ocupacional, podemos afirmar que o brincar, proporciona uma ação que conduz a criança a um aprendizado. Brincar, por si só, já é uma terapia, além de desempenhar seu papel como forma educativa, promovendo o desenvolvimento nas áreas física, psíquica, social e emocional.

Percebemos que, na visão das crianças, a sala do Projeto Cirurgia Sem Medo foi um cenário lúdico favorecedor de um aprendizado valioso, o qual possibilitou às crianças momentos relevantes e prazerosos, enquanto permaneceram nessa sala antes do evento cirúrgico. Elas ainda exteriorizaram o prazer sentido pelos brinquedos encontrados a sua disposição, ficando à vontade e em plena afinidade com o cenário, considerando a sala um locus de acolhida.

Portanto sentimos, nesses discursos, que a atividade lúdica possibilita aliviar o estado emocional desse pequeno paciente, evidenciando quão imensa é a importância dela na vida da criança, favorecendo nesta uma possível mudança comportamental.

## Considerações Finais

Acreditamos que a criança, mesmo hospitalizada, com indicação para cirurgia, quando a angústia, a dor, a ansiedade e o medo foram sentimentos determinantes, ainda assim teve condições de interagir com o brinquedo e com as pessoas e, a partir daí, manifestar também sentimentos como o otimismo, alegria e bom humor, tendo o recurso lúdico como principal veículo para trabalhar esse estado emocional, como também para possibilitar uma aproximação valiosa entre a criança e o profissional comprometido nesse processo pré-cirúrgico.

Entendemos que o brincar minimiza o estresse que antecede esse momento desconhecido para a criança, a pesquisa ainda mostrou que o ato de brincar faz parte da infância dessas crianças adoecidas, pois por intermédio dele, elas se socializam, ficando mais próximas de uma realidade familiar, que é a realidade do lúdico. Acreditamos que essa atividade deve se expandir a todo o ambiente hospitalar, como o caminho do cuidado, que favorece o âmbito da humanização hospitalar infantil.

## Referências Bibliográficas

1. MEZOMO, C. J. **Hospital humanizado**. Fortaleza: Premius editora, 2001.
2. LIMA, M.G.S. **Atendimento psicológico da criança no ambiente hospitalar**. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C. et al. **A prática da Psicologia hospitalar na Santa casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, cap.4, p. 82-91.

3. MALUF, A.C.M. **Brincar: prazer e aprendizado.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

4. BUNDY, C.A. **A recreação e entretenimento: o que procurar.** In: PARHAM, L.D; FAZIO, L.S. A recreação na Terapia Ocupacional pediátrica. São Paulo: ed. Santos, 2000, cap. 4, p. 52-66.

5. MARTINS, J; BICUDO, M. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos.** São Paulo: Centauro, 2003.

6. ROAZZI, A; FEDERICCI, F.C.B et al. **A questão do consenso nas representações sociais: um estudo do medo entre adultos.** Psic. Teor. E Pesq. v.18, n.2 Brasília maio/ago. 2002.

# Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral-Ceará

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros

## Sinopse

A cidade de Sobral-CE realizou seu processo de Reforma Psiquiátrica, mediante o fechamento do manicômio Casa de Repouso Guararapes e implantação de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental da população, caracterizando-se fundamentalmente por uma atenção humanizada e de qualidade. O Centro de Atenção Psicossocial Damião Ximenes Lopes é um dos dispositivos que compõe essa Rede e conta com a atuação de uma equipe multiprofissional que busca trabalhar de maneira interdisciplinar. A Terapia Ocupacional assume um papel de grande relevância no universo da psiquiatria, contribuindo com suas experiências, saberes e práticas, exercendo uma missão nobre de construção coletiva de uma história edificante, enobrecedora para a saúde mental no Ceará e Brasil.

**Palavras-chave:** Terapia Ocupacional;. Reforma Psiquiátrica;. Centro de Atenção Psicossocial..

## Abstract

The city of Sobral-CE has done its Psychiatric Reform, through the shutting down of Guararapes resthouse Asylum and the planting of a County Mental Health Network, characterized, fundamentally, by an humanized and better attention. The

Damião Ximenes Lopes Psychosocial Attention Center is one of the Network's tools and has a multiprofessional team working that looks forward to work interdisciplinarily. The Occupational Therapy takes a very relevant job on the Psychiatric Universe, contributing with its experiences, know-how and practice, making a noble mission to build, collectively, a constructing history, that makes the Mental Health on Ceara and Brazil noble.

**Keywords:** Occupational Terapy; Psychiatric reform;. Psychosocial Attention Center.

## Introdução

**Casa de Repouso Guararapes - 1974 – 2000. Modelo hospitalocêntrico manicomial predominante**

A cidade de Sobral-CE está situada na zona do sertão centro-norte do Ceará, Brasil, estando distante de Fortaleza, capital do estado, 224 Km. É constituída por onze distritos, com uma área territorial de 2.129 Km<sup>2</sup>, equivalente a 1,45% do território estadual. É integrante de uma Microrregião (econômica) composta pelos municípios de Cariré, Forquilha, Granja, Groaíras, Irauçuba, Massapé, Miraíma, Pacujá, Santana do Acaraú e Senador Sá. Conforme o IBGE, Sobral é parte integrante da Área de Desenvolvimento

Regional – ADR, Sobral/Ibiapaba. De acordo com o IBGE, o Município de Sobral possui uma população estimada para o ano de 2004 de 166.543 habitantes, sendo 51,5% do sexo feminino e 48,5% masculino. Da população total do município, 86% reside na zona urbana e 14% na rural. (SOBRAL, 2004).

A cidade de Sobral-CE, em 1997, através da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde já havia implantado a Estratégia Saúde da Família – ESF como pilar estruturante na organização da atenção básica do município, vislumbrando assim a necessidade de uma reformulação no modelo de saúde mental vigente que tinha o sistema hospitalocêntrico manicomial como praticamente a única forma de assistência psiquiátrica.

A Casa de Repouso Guararapes criada em 1974 em Sobral-CE, foi durante a sua existência, palco de diversificadas “coisificações”, A prevalência de internamentos inadequados e a guarda desqualificada de crônicos compõem o cenário de uma triste página na história da psiquiatria do Estado. Seguiu os padrões estabelecidos e prevalentes em instituições psiquiátricas até então, configurando-se como um ambiente manicomial no qual imperava o isolamento familiar e social, internamentos inadequados, perda de direitos individuais e coletivos, cronificação de patologias, acima de tudo, maus tratos, exclusão social, configurando-se como um exímio seqüestrador de identidades que condenava os internos a um doloroso processo de intensificação de sofrimento psíquico, trancafiando-lhes num degradante ostracismo existencial, ocasionando diversos malefícios nos mais variados aspectos de suas vidas.

### **Do ostracismo individual à libertação coletiva**

Em outubro de 1999, a morte de um cliente (Damião Ximenes Lopes) naquele manicômio suscitou sentimentos de revolta e denúncias públicas. Com o apoio do Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e da Comissão dos Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Ceará, foram realizadas auditorias das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, em que se confirmaram outros casos de maus tratos e espancamentos naquela instituição.

Este fato levou a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde, com base na deliberação do Conselho Municipal de Saúde, decretar a intervenção no manicômio, no dia 2 de março de 2000 por noventa dias e prorrogada por mais trinta dias.

No dia 10 de julho de 2000, a Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde encerrou a intervenção de 120 dias na Casa de Repouso Guararapes e, por meio da portaria de número 113 descredenciou o referido serviço e constituiu a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do Município, constituída pelos seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Unidade de saúde mental no Hospital geral Dr. Estevam (enfermaria e urgência); Serviço Residencial Terapêutico – SRT, ambulatório de psiquiatria regionalizado no Centro de Especialidades Médicas – CEM, sendo que em 2002 foi incorporado a REDE/Sobral o Centro de Atenção Psicossocial especializado no tratamento de pessoas com histórico de dependência de álcool e outras drogas – CAPS AD.

Estes serviços buscam trabalhar de forma articulada com as equipes da ESF locais, pois a integração entre o serviço especializado e a atenção básica à saúde é fundamental para a consolidação da política de saúde mental do município.

Com a morte de Damião Ximenes Lopes, o qual se configurou no grande marco e principal personagem impulsionador para a realização da Reforma Psiquiátrica no Município, ocorreu uma verdadeira transformação na política de saúde mental em Sobral-CE, mediante a criação e implantação de políticas técnicas e sociais para a inclusão da pessoa com transtorno mental e o desenvolvimento de um trabalho voltado para a promoção da saúde mental da população.

O processo judicial encontra-se em desenvolvimento e infelizmente não foi desvendada a morte de Damião Ximenes Lopes. A equipe de saúde mental solidariza-se com a sua família e lhe agradece por ter concedido que o CAPS Geral recebesse o seu nome. Lamento que foi devido a seu calvário, a seu tétrico ostracismo existencial que ocorreu a grande transformação no universo da saúde mental do município, porém seu sofrimento não permitirá que nenhum cidadão em Sobral-CE seja tratado de forma desrespeitosa, desumana e que padeça tragicamente.

### **Centro de Atenção Psicossocial: uma ferramenta terapêutica e de inclusão social**

O CAPS Damião Ximenes Lopes, é um dos serviços que compõem a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do Município, estruturou-se a partir de 1998, é um serviço especializado no tratamento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e conta com uma equipe multiprofissional e especializada formada por psiquiatra, psicólogo, Terapeuta Ocupacional, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, educador físico, assistente social, oficineiro, dentre outros.

Caracteriza-se principalmente por uma atenção humanizada e de qualidade, com um trabalho

direcionado também para a promoção da saúde, exercício de cidadania e inclusão social da clientela assistida. Desenvolve um trabalho com abordagem interdisciplinar, em que se busca a valorização dos diferentes saberes, visando a elaboração de estratégias e ações voltadas para o desenvolvimento de uma prática crítica, qualificada e transformadora, tendo como objetivo proporcionar uma melhoria na qualidade de vida da pessoa com transtorno mental e de seus familiares.

São realizadas diversificadas atividades: atendimento individual; atendimento em grupo (grupos terapêuticos, grupo de Terapia Ocupacional, oficinas expressivas, grupo de crianças, grupo de convivência, atividades esportivas, dentre outros); atendimento para a família (grupo de pais, grupo de familiares, grupo de terapia comunitária, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares); atendimento psicoterápico; tratamento medicamentoso (medicamentos psicoativos ou psicofármacos); atividades comunitárias (atividades que utilizam os recursos da comunidade envolvendo pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade); mobilização político-social, ações de promoção de saúde, preceptoria para as equipes do Programa Saúde da Família - PSF .

Este serviço funciona semanalmente, de segunda à sexta-feira, de 8h às 12h e das 14h às 18h. Atende a população de Sobral-CE e a de Forquilha-CE, em regime ambulatorial e semi-intensivo (permanência de um turno – manhã e/ou tarde). Recebe a clientela encaminhada e triada nas unidades do PSF, ou em um dos outros serviços que compõem a Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do município.

De acordo com Sampaio e Barroso (2001), um CAPS é um serviço extra-hospitalar de assistência pública, estatal ou contratado, destinado aos

problemas de saúde mental, individual e coletiva. Como uma de suas principais características destaca-se a multiplicidade crítica de funções e técnicas, prática interdisciplinar e acessibilidade local. Esta importante ferramenta terapêutica deve coordenar a política de saúde mental e servir de referência a equipes de saúde do município ou da região de cobertura, assim, deve se situar em distritos sanitários de regiões metropolitanas ou em municípios de porte médio ou grande. Quanto aos objetivos do CAPS citados pelos autores supracitados destacam-se:

Tratar transtornos, psicogênicos e/ou organogênicos, cristalizados sob forma clinicamente reconhecida de doença mental; oferecer contenção para crises psicológico/psiquiátricas, além de indicativos de crescimento pessoal a partir delas; Prevenir hospitalismo, desamparo e outras formas de alheamento, garantindo permanência dos vínculos sociais; Prevenir rotulação, estigma e cronificação; Estimular redimensionamento crítico das relações com família, trabalho, vizinhança, sexualidade e política; Apoiar a promoção de cidadania e a construção coletiva da qualidade de vida; supervisionar atividades de saúde mental comunitária, desenvolvidas na atenção primária; Oferecer retaguarda às internações em leitos psiquiátricos de hospital geral (SAMPAIO&BARROSO, 2001: 02).

### **Terapia Ocupacional e saúde mental**

A Terapia Ocupacional, enquanto área de conhecimento e prática de saúde, interessa-se pelos problemas do homem em sua vida de atividades, ou seja, considera as atividades humanas como o produto e o meio de construção

do próprio homem e busca entender as relações que este homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde (MEDEIROS, 1989).

O Terapeuta Ocupacional é um profissional que tem sua atuação voltada para o campo da atividade humana, contemplando ações essenciais relativas ao auto-cuidado, lazer, educação e trabalho. Esta atividade é entendida enquanto espaço para criar, recriar e reproduzir um mundo humano, cujo processo envolve simbolismo, intenções, desejos e necessidades.

Castro e Silva (1990) abordam uma forma de entendimento da Terapia Ocupacional que supõe o uso da atividade a partir do processo criativo, possibilitando promover o contato entre os aspectos subjetivos e objetivos da realidade do indivíduo. Nesse contexto, abre-se espaço para o aparecimento de formas de expressão mais integradoras de sua personalidade.

Nassif (1998 apud Castro e Silva 1990) menciona que o fazer da pessoa reflete o seu ordenar íntimo. Da mesma forma vemos que, formar, neste sentido, significa fazer, experimentar, desmanchar e refazer, num movimento dialético entre homem e matéria. Isso porque, em suas tentativas de estruturar e dominar a matéria, o homem reconhece a sua estrutura e se reestrutura. À medida que se identifica com uma matéria e interfere nesta, é também por ela modificado.

Dentre as competências e habilidades do Terapeuta Ocupacional no campo da atenção à saúde, destaca-se o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. O Terapeuta Ocupacional identifica, analisa e interpreta as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e utiliza como instrumento de intervenção as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a

cultura, as atividades artesanais, o auto-cuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras (BRASIL, 2002).

Castro e Silva (1990:72) argumentam que dentre toda a gama de atividades humanas, a Terapia Ocupacional se utiliza, dentre outras, das atividades expressivas ou artísticas.

Tais atividades expressivas ou artísticas são uma tentativa de apresentação dos sentimentos quando a linguagem não é capaz de fazê-la, visto que a Arte é sempre a criação de uma forma. As formas nas quais a Arte se apresenta constituem, por sua vez, maneiras de se exprimir os sentimentos.

Castro e Silva (1990) esclarecem que os processos criativos se constituem como processos construtivos globais porque desenvolvem a personalidade do indivíduo, o modo da pessoa diferenciar-se, de ordenar-se e relacionar-se. Criar significa assim estruturar e comunicar-se; integrando significados e transmitindo-lhes. No ato da criação, as pessoas buscam se aprofundarem no conhecimento das coisas e do mundo.

Os autores supracitados fundamentam que toda atividade humana está inserida em um contexto social, portanto, ao realizar uma atividade, o homem criador não está exclusivamente exprimindo seus próprios sentimentos, mas projetando nela tudo aquilo que percebe como próprio dos homens de sua época e lugar, ou seja, do seu contexto cultural e que afetou, direta ou indiretamente, a sua experiência pessoal. As experiências, sejam elas pessoais, sociais ou afetivas, são fundamentais, visto que o ser se constrói pelas relações.

O processo criador é um estado de crescimento contínuo constituído por uma capacidade ordenadora e configuradora; é a possibilidade de abordar, em cada momento vivido, a unicidade da experiência e de ligação com os outros,

transcendendo o particular e ampliando o ato da experiência para a compreensão. Nos significados que o indivíduo encontra – criando e sempre formando – estrutura-se sua consciência diante da vida (Castro e Silva, 1990:72).

Machado (1991) argumenta que a expressividade é uma característica inerente ao ser humano. Desde a pré-história à era contemporânea as pessoas deixam através da forma a sua expressividade. Esta se revela pela forma plástica, corporal, verbal, dentre outras. O homem é um ser expressivo e sente a necessidade de se expressar, de simbolizar, de formar, além do que já expressa por si só em suas atividades cotidianas. Seja na arte plástica, na poesia, na dança, na música, dentre outras, o homem se torna mais humano. Dessa maneira, o ser expressivo é mais um referencial do ser saudável: ser humano.

Almeida, et al (2004) defendem que a agressividade inata do ser humano exige expressão e quando não encontra os canais criativos que sejam socialmente pactuados, deriva em perversão e dor. As dinâmicas de simbolização e comunicação estão integradas em um mundo psíquico comum, de um patrimônio coletivo, e assumem forma de linguagem, sendo que a cada linguagem enquadram e configuram especificidades, singularidades concretas. No universo do transtorno mental, ao se tornar prisioneiro das linguagens da angústia, da alucinação, do delírio, da logorréia ou do silêncio, o cliente deve ser estimulado a enveredar por outras alternativas, re-inventando o que antes sabia e compartilhava, testando as formas infantis de comunicação, sem regressão, e explorando o mundo da arte. O terapeuta com paciência e obstinação, precisa oferecer sugestões, ferramentas, substratos, para revitalizar a memória das linguagens coletivas.

Basaglia (1985 apud Almeida, et al 2004)

ressalta que o ser humano configura um processo de transformação de objetividade em subjetividade e de subjetividade em objetividade. Desta maneira, criar, fantasiar sobre cada dado da realidade e projetar a fantasia em substratos sublimados, constitui um grande projeto terapêutico, civilizatório, sem pré-requisito de espaço físico, de habilidade profissional, de autorização corporativa, por parte de quem cuida e de quem é cuidado, misturando solidariedade e acolhimento afetivo. O fenômeno é da mesma dimensão de democracia, outro grande projeto terapêutico que combate exclusão, discriminação e estigma.

### **Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial Damião Ximenes Lopes**

Na construção de práticas fundamentadas no movimento de Reforma Psiquiátrica, em que se busca o rompimento do modelo manicomial segregador e adoecedor, por uma Rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, caracterizada por uma atenção humanizada, qualificada, com ações voltadas para a inclusão social das pessoas, considerando-se também a complexidade de diversificados fatores relacionados ao adoecimento psíquico, torna-se imperativo a atuação dos diferentes saberes e práticas no universo da saúde mental.

O Terapeuta Ocupacional, junto com os outros profissionais, direciona suas ações e projetos terapêuticos visando a construção de espaços de troca e de convivência com os diferentes, buscando o rompimento do preconceito em relação às pessoas com transtornos mentais, possibilitando assim a construção de uma cultura de respeito, acolhimento e tolerância à diversidade das manifestações humanas, com o objetivo de

promoção do resgate da auto-estima, exercício de cidadania e melhoria na qualidade de vida das pessoas acometidas pelo adoecimento mental.

A atuação da Terapia Ocupacional no CAPS Damião Ximenes Lopes se dá desde julho de 1999 e constata-se que neste importante equipamento terapêutico, o Terapeuta Ocupacional se configura um profissional de grande relevância no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica implementada no Município.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo Terapeuta Ocupacional no CAPS destaque: avaliação de Terapia Ocupacional; atendimento individual; grupo de convivência; atenção domiciliar; grupo de famílias; grupo de terapia comunitária; oficinas de habilitação social; gerência da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental; coordenação clínica do CAPS e junto com os outros profissionais da equipe, realiza também preceptoria em saúde mental e acolhimento.

A avaliação de Terapia Ocupacional consiste na obtenção de dados relativos à infância, adolescência, vida adulta, terceira idade, informações relativas à educação escolar, atividades laborativas, de lazer, interesses, habilidades, aptidões, experiências profissionais, atividades da vida diária – AVD's, funções psíquicas: atenção, concentração, memória, dentre outros dados necessários para a elaboração de um projeto terapêutico construído de maneira interdisciplinar..

O atendimento individual é indicado para clientes que necessitam de uma atenção individualizada, com o objetivo de trabalhar questões específicas ou quando não há possibilidades de inclusão nos grupos.

## Grupo de convivência

Este grupo está voltado para o atendimento à clientela do CAPS Damião Ximenes Lopes, com transtorno mental severo e persistente (esquizofrenia e transtorno bipolar) que necessita de uma atenção especial e intensiva. Ocorre diariamente no turno da manhã e tarde, com o desenvolvimento de atividades dentro e fora do serviço.

Dentro do grupo de convivência, elaborou-se sub-grupos que buscam contemplar as dimensões auto-expressiva, lúdica, criativa, simbólica, produtiva, profissionalizante, sócio-habilitativa da clientela assistida, considerando-se principalmente o indivíduo como um ser social que se constrói na inter-relação com as outras pessoas e com o ambiente. Grupo auto-expressivo, grupo temático, grupo identidade, grupo cultural, grupo de atividades de vida diária - AVD's (voltado principalmente para um trabalho de higiene pessoal), grupo de atividade física, grupo de lazer, grupo de educação e saúde são alguns destes sub-grupos que compõem o grupo de convivência.

O Terapeuta Ocupacional junto com o psicólogo, assistente social, enfermeiro, educador físico, são atualmente os profissionais mais envolvidos diretamente na realização dos grupos. Dessa maneira os diferentes olhares e saberes e a prática da interdisciplinaridade são aspectos fundamentais que propiciam o enriquecimento terapêutico do grupo.

Quanto aos objetivos dos grupos, cito: promover a auto-expressão; estimular a criatividade; possibilitar a capacidade de escolha; oferecer suporte aos clientes em um ambiente afetivo e acolhedor; trabalhar a capacidade de tolerância; fornecer informações sobre a doença, utilizando-se de experiências compartilhadas; favorecer a

integração grupal; estimular o desenvolvimento do sentido crítico; estimular a atenção, concentração e memória; trabalhar a auto-estima; auxiliar no enfrentamento de dificuldades pessoais e sociais; diferenciar limitações e incapacidades; instrumentalizar os clientes para manejar sintomas e lidar com eventos geradores de ansiedade e conflitos diversos; estimular a conquista de maior autonomia; propiciar a sociabilização; promover a habilitação social, dentre outros.

## Atenção domiciliar: um recurso terapêutico no universo da saúde mental

Há pessoas com transtorno mental que apresentam limitações, mostrando-se assim impossibilitadas de comparecerem regularmente aos postos de saúde ou ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS para um acompanhamento sistemático pelas equipes de saúde. Geralmente são pessoas com histórico de sucessivas internações psiquiátricas e que infelizmente tornaram-se vítimas de cronificação ou aqueles indivíduos marginalizados pelos próprios membros da família, os quais muitas vezes adotam uma conduta de isolar a pessoa do convívio familiar e comunitário, trancafiando-lhe dentro da própria casa, em regime de cárcere privado, não estimulando-o a uma maior independência dentro de suas possibilidades.

No CAPS de Sobral-CE, a atenção domiciliar é um recurso bastante utilizado na atenção às pessoas com transtornos mentais e familiares. É realizada pelo psiquiatra, Terapeuta Ocupacional, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, assistente social e psicólogo, em articulação com os profissionais da Estratégia Saúde da Família – ESF para uma atenção mais integral. A visita domiciliar acontece nos casos de pessoas sem condição de deambulação por idade ou condição física ou nos

seguintes contextos:

- Aos clientes que saíram de alta hospitalar recente, em que observamos aspectos relacionados ao uso da medicação, sintomas residuais, alimentação, sono, auto-cuidado, atividades da vida diária – AVD's, ou seja, em questões relativas à alimentação, higiene, vestuário.
- Aos clientes que abandonaram o tratamento e que se encontram em crise aguda, apresentando prejuízos pessoais e/ou familiares, onde nossa atuação objetiva o retorno ao tratamento para estabilização do quadro;
- Aos clientes que não aceitam ir ao serviço em hipótese alguma, devido à grave comprometimento psíquico e que necessitam de acompanhamento terapêutico domiciliar. Buscamos trabalhar com os mesmos e seus familiares/responsáveis vários aspectos relevantes, dentre estes, a sua maior independência nas AVD's.

Um aspecto extremamente abordado pelos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS de Sobral-CE refere-se à orientação junto aos familiares/responsáveis quanto aos prejuízos de uma superproteção ou de uma atenção deficitária. É primordial o envolvimento do familiar no tratamento da pessoa com transtorno mental que fundamentalmente deve ser estimulada ao convívio familiar e comunitário.

De acordo com os psiquiatras José Jackson Coelho Sampaio e Carlos Magno Cordeiro Barroso (2001), a visita domiciliar possibilita o conhecimento da dinâmica concreta do universo familiar da clientela, estimula a comunidade para o debate voltado para a promoção de saúde mental, atendimento em situações agudas de crise. Neste último caso, o atendimento domiciliar previne estigma (rotulação precoce) e hospitalismo (cronificação no uso do recurso hospital), além de possibilitar à família e vizinhança uma “pedagogia

do cuidado”, incluindo estratégias de abordagem e tolerância a desvios da norma comportamental prevista na cultura.

Enfim, a atenção domiciliar constitui-se em um recurso terapêutico relevante a serviço dos trabalhadores de saúde, possibilitando uma atenção mais humanizada, qualificada e integral à pessoa com transtorno mental, ocasionando benefícios para o cliente, seus familiares/cuidadores e comunidade.

### Grupo de familiares

No universo da saúde mental, o envolvimento da família é um dos principais aspectos a serem considerados quando temos como objetivo primordial a qualidade de vida da pessoa com transtorno mental. O familiar é um agente terapêutico e um importante aliado da equipe de saúde mental no tratamento da pessoa mentalmente enferma.

Na atenção às pessoas com transtornos mentais são imprescindíveis paciência, dedicação, amor, carinho, tolerância, compreensão, persistência, abdicção. Entretanto, no contexto cuidador versus ser cuidado, os familiares poderão apresentar um quadro caracterizado por ansiedade, angústia, desânimo, ira, medo, raiva, irritabilidade, desânimo, aspectos ameaçadores para o tratamento do doente e para a saúde mental da família.

A equipe de saúde mental, além de contar com habilidades técnicas específicas, deve ser capaz de acolher, apoiar com sabedoria e competência, significando um porto seguro para a família. O trabalhador deve estabelecer com ela uma relação respeitosa, fundamentada na atenção, escuta mútua, troca de saberes e experiências.

Infelizmente, há profissionais que adotam condutas inadequadas no contato com o familiar, culpabilizando-o impiedosamente, desqualificando-o enquanto agente terapêutico. Mostram-se insensíveis, desvalorizando os saberes e competências dos familiares, envolvendo-os perversamente num labirinto de culpas e fardos pesados. Assim, há o surgimento de diversos prejuízos na tríade cliente, familiar e profissional e a pessoa que mais necessita de atenção qualificada, ou seja, o cliente, acaba sofrendo efeitos nocivos, gerados no cerne das relações estabelecidas entre os seres considerados normais (familiar e profissional).

Obviamente que na prática nos deparamos com familiares realmente resistentes, intransigentes, não cooperativos, negligentes, difíceis de lidar, que podem se transformar em potentes agentes adoecedores da pessoa com transtorno mental. Em relação a estes, temos de adotar uma conduta enérgica, objetiva, pedagógica, levando-os a refletir sobre suas atitudes e conseqüências das mesmas, responsabilizando-os coerentemente, deixando-os cômnicos das prováveis cobranças legais de seus atos ou omissões. Porém, não temos o direito de tratá-los de forma arbitrária, autoritária, desrespeitosa, insensível e perversa.

Quando encaramos “a família ou o familiar problemático” como um grande desafio e inteligentemente buscamos seduzi-los terapeuticamente, tornando-nos receptivos para compreender seu contexto e suas histórias de vida, corremos o risco de nos surpreendermos positivamente. E assim, o campo tornar-se-á fértil para junto com os mesmos trilharmos um caminho possibilitador de grandes descobertas, aprendizados, crescimento pessoal e profissional.

Entendo que, para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no município, se faz necessário considerar os familiares/cuidadores como agentes

terapêuticos de grande relevância no universo da saúde mental.

Como trabalhadora do campo da saúde mental presencio as dificuldades pelas quais passam os familiares/cuidadores no acompanhamento diário ao indivíduo psicótico, que pode manifestar diversos sintomas, tais como: idéias delirantes, perturbações do afeto, da linguagem, da vontade, atitudes agressivas, isolamento social, fatores estes causadores de desgaste físico e mental para os membros da família. O transtorno mental ocasiona prejuízos tanto para a pessoa mentalmente enferma, como para os seus familiares/cuidadores, alterando o cotidiano desses últimos com o surgimento de cansaço, alterações do sono e apetite, revolta, temor, irritação, angústia, ansiedade.

Diante desse contexto, os profissionais do CAPS entendem ser fundamental que os cuidadores recebam um suporte terapêutico para lidar com as diversas situações apresentadas no universo da psicose. Dessa maneira, foi implementado um grupo de apoio para os familiares/cuidadores de clientes em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial CAPS Damião Ximenes Lopes. Os encontros do referido grupo acontecem mensalmente na sede do CAPS e tem como facilitadoras uma Terapeuta Ocupacional e uma psicóloga.

Seu objetivo geral consiste em conhecer a realidade dos familiares, compreendendo suas percepções e representações a partir de suas vivências, propiciando-lhes reflexões sobre a negociação cotidiana de seus problemas. E quanto aos objetivos específicos destaca-se: Oferecer apoio emocional, com o favorecimento de um ambiente de confiança entre os membros, para que as pessoas se expressem de forma autêntica; Propiciar a troca de experiências, saberes e práticas; Promover discussões sobre

a Política de saúde mental e a importância da Reforma Psiquiátrica realizada em Sobral-CE; Oferecer suporte terapêutico para o manejo de conteúdos emocionais e possíveis dificuldades enfrentadas no dia-a-dia; Valorizar a experiência, o conhecimento e os recursos utilizados pelos familiares/cuidadores no enfrentamento da doença; Discutir aspectos relacionados ao tratamento, propiciando assim o comprometimento dos responsáveis, buscando romper com o preconceito, quando este estiver presente, dentre outros objetivos; Propiciar encontros que estimulem a circulação de informações e discussões sobre as dúvidas que estão presentes em todos aqueles que estão em contato com o sofrimento e adoecimento psíquicos; Trabalhar a aceitação dos familiares/cuidadores em relação aos seus membros com transtorno mental, estimulando-os a aceitá-los, com suas limitações reconhecendo suas habilidades e potencialidades, estimulando-os na realização de atividades cotidianas, valorizando seus esforços e incentivando a realização de projetos de vida.

### **Grupo de terapia comunitária**

O Projeto de Saúde Mental Comunitária desenvolvido em Sobral-CE, objetiva a implementação de uma Rede de Saúde Mental Comunitária articulada com as ações básicas de saúde desenvolvidas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) do Município, com a inclusão de ações de promoção em saúde mental, vislumbrando assim a implantação de novos modelos para prevenção do sofrimento psíquico do indivíduo, da família e da comunidade.

Em agosto de 2001, o Município implantou o referido projeto, mediante a formação de um grupo de terapeutas comunitários e massoterapeutas em formação, articulados com o Departamento

de Saúde Mental Comunitária da Universidade Federal do Ceará - UFC, em parceria com a Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral-CE para a elaboração de um trabalho coordenado pelo professor Adalberto Barreto.

O professor e psiquiatra Barreto (2004) defende que a implantação de uma Rede de Saúde Mental Comunitária em Sobral visa o desenvolvimento de uma experiência de Terapia Comunitária em que se busca resgatar a dimensão contextual, considerando-se as dimensões individual, biológica, psicológica, inter-relacional e ambiental. Objetiva-se fundamentalmente investir na prevenção e criar um modelo de assistência às pessoas em crise, valorizando-se os recursos e peculiaridades da cultura local.

Detecta-se que a terapia comunitária e a massoterapia desenvolvidas no município configuram-se como relevantes ferramentas terapêuticas a serviço da população, proporcionando assim importantes benefícios para a comunidade, que já incorpora tais recursos como propiciadores de uma melhor qualidade de vida.

Segundo BARRETO (2004), a meta fundamental na terapia comunitária consiste em identificar e suscitar as forças e as capacidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades, para que, através desses recursos, possam encontrar as suas próprias soluções e superar as dificuldades impostas pelo meio e pela sociedade. O terapeuta comunitário se apóia na competência das pessoas e famílias. A terapia comunitária, desenvolve-se em seis etapas: acolhimento; escolha do tema; contextualização, problematização, rituais de agregação e conotação positiva e avaliação. Tem como objetivos: valorizar o papel da família e da rede de relações que ela estabelece com o seu meio; reforçar a auto-estima individual e coletiva; tornar possível a comunicação entre

as diferentes formas de “saber popular” e “saber científico”; favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, através da restauração e fortalecimento dos laços sociais; reforçar a dinâmica interna de cada indivíduo, para que este possa descobrir seus valores, suas potencialidades, e tornar-se mais autônomo e menos dependente, dentre outros.

Grupos de terapia comunitária são desenvolvidos nas várias unidades de saúde e equipamentos sociais comunitários no Município. No CAPS vem acontecendo desde 2004, e tem como terapeutas comunitárias uma Terapeuta Ocupacional e uma agente comunitária de saúde. O público alvo é formado pelos clientes e familiares que estão em acompanhamento terapêutico no referido serviço e se constitui um espaço de partilha de experiências diversas, significando um espaço de acolhimento, escuta e instrumentalização para o enfrentamento de aspectos relacionados ao universo da saúde mental.

### **Oficinas de habilitação social**

Segundo SAMPAIO & BARROSO (2001:214), as oficinas de habilitação social são “destinadas a clientes fora de quadro agudo e de crise, objetivando o desenvolvimento de habilidades profissionais. Podem acontecer em diversos locais da cidade, públicos ou privados”.

A Terapia Ocupacional junto com o serviço social são os responsáveis diretos na realização de parcerias com os diversificados segmentos sociais, coordenando as oficinas de habilitação social, elaborando e desenvolvendo com a equipe ações para a desmistificação em relação ao adoecimento psíquico, com o objetivo de promover a inclusão

social da pessoa com transtorno mental.

Segundo Almeida, et al (2004), a idéia de reabilitação tem história carregada de preconceito e romantismo, dada a perspectiva de que a pessoa possa voltar ao que era, olvidadas as experiências da crise, do agudo, da doença. Impõe-se aos técnicos trabalhar com a nova percepção de si e do mundo que, com certeza, emerge, após as experiências citadas. É preciso reconhecer e legitimar tais experiências, estabelecendo uma nova estabilidade psíquica, não apenas resgate da que havia, na qual movimentos se instalaram e foram capazes de levar à crise, ao agudo, à doença. Não há trabalho de “resgate” e sim de “construção”, tanto de uma nova compreensão de si como da sociabilidade.

A idéia de reabilitação também traz o viés de que a cura é um fenômeno completo, contabilizável: pergunta-se, quantas pessoas o serviço reabilitou? A maioria das pessoas que passam por um processo psicótico pode necessitar de um acompanhamento de “habilitação permanente”, não necessariamente de “tratamento permanente”. Isto bate de frente com as concepções do Ministério da Saúde, que estabelece quotas de atendimento, baseadas em séries históricas ou projeções estatísticas, extraídas de bancos epidemiológicos de dados, como se depreende das indicações quantitativas de atendimento para os CAPS tipo II, por exemplo.

As oficinas de habilitação do CAPS de Sobral acontecem, predominantemente, fora do serviço, em parcerias comunitárias. A equipe do CAPS identifica as possibilidades, junto a clubes de serviço, instituições de ensino, órgãos do poder público municipal; a Terapia Ocupacional e o Serviço Social analisam o perfil de habilidades requisitadas, assim como aquelas que poderão ser motivadas; a Terapia Ocupacional e a Psicologia discutem com os clientes suas aptidões, vontades e necessidades; por fim, os clientes são matriculados

nas atividades, agora identificadas, no projeto destes casos, como oficinas de habilitação social. O objetivo é de inserir a pessoa com transtorno mental nas tarefas comuns da sociedade e expor a sociedade ao convívio com eles, numa convivência pacífica com a diversidade das manifestações humanas.

### **Gerência da articulação comunitária da Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental**

Em 30 de abril de 2003 foi fundada a Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental, uma entidade civil de natureza filantrópica sem fins lucrativos. Diante dos objetivos específicos preconizados no Estatuto da Associação, destacam-se: estabelecimento de parcerias com entidades públicas, e/ou privadas a fim de ofertar assistência à saúde, suporte cultural, desenvolvimento do gosto artístico, da experiência lúdica, atividades esportivas, capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho; realização de um trabalho visando a aceitação dos familiares, responsáveis e da comunidade em relação à pessoa com transtorno mental; buscando o reconhecimento de suas potencialidades, assim como estimulando-a na realização de atividades e valorização de seus esforços.

O Terapeuta Ocupacional atualmente está à frente da gerência de articulação comunitária e junto com os membros da diretoria e associados desenvolve atividades de cunho social, cultural, político e econômico que propiciam o exercício da cidadania dos sócios participantes e de seus familiares; buscando recursos para o financiamento de projetos com caráter sócio-habilitador e de capacitação profissional, favorecendo a inserção no mercado de trabalho dos beneficiados, entre outros.

Em relação aos objetivos específicos preconizados pela Associação, destacam-se: Realização de um trabalho visando a aceitação dos familiares, responsáveis e da comunidade em relação à pessoa com transtorno mental; buscando o reconhecimento de suas potencialidades, assim como estimulando-a na realização de atividades e valorização de seus esforços; Estabelecimento de parcerias com entidades públicas, e/ou privadas a fim de ofertar assistência à saúde, suporte cultural, Desenvolvimento do gosto artístico, da experiência lúdica, atividades esportivas, capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho; desenvolvimento de atividades de cunho social, cultural, político e econômico que propiciam o exercício da cidadania dos sócios participantes e de seus familiares; buscando recursos para o financiamento de projetos com caráter sócio-habilitador e de capacitação profissional, favorecendo a inserção no mercado de trabalho dos beneficiados, entre outros.

A Associação Encontro dos Amigos da Saúde Mental apresenta um potencial nobre de transformação cultural da população em relação ao adoecimento psíquico, se configura como uma ferramenta democrática e socializante, possibilitadora de inclusão social, visando uma melhoria na qualidade de vida da pessoa com transtorno mental e seus familiares, com o objetivo de se configurar como uma usina de cidadania.

### **Preceptoría em saúde mental para a ESF**

Com a implementação da Reforma Psiquiátrica em Sobral-CE e o surgimento de um modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, houve uma aproximação do universo da saúde mental com a atenção básica, mediante o desenvolvimento de ações conjuntas e complementares, que, quando

viabilizadas na prática, ocasionam uma melhora considerável na atenção geral à saúde mental da população. Este fato exerce uma influência marcante no processo de Reforma Psiquiátrica implantado no Município.

O trabalho articulado do profissional da saúde mental com a Equipe da ESF, revela-se fundamental para o estabelecimento e fortalecimento de vínculos entre o serviço especializado (CAPS Damião/CAPS AD) e a atenção básica - ESF. Semanalmente, em diferentes unidades de saúde, ocorre a preceptoria do psiquiatra, Terapeuta Ocupacional e outros profissionais junto à equipe de atenção básica com a realização de um trabalho voltado para questões relativas à saúde mental. Destacamos também que a triagem (antes realizada no CAPS), passou a ser desenvolvida nas Unidades de Saúde, nos dias de agendamento de preceptoria em saúde mental.

## **Acolhimento**

O acolhimento é um dos procedimentos adotados pelo CAPS Damião Ximenes Lopes para atender a clientela em tratamento no referido serviço. É realizado pelos profissionais de nível superior, ou seja, Terapeuta Ocupacional, enfermeiro, assistente social, psicólogo sempre com um psiquiatra dando suporte nos casos em que seja necessário a prescrição, o ajuste ou a introdução de alguma medicação.

Os fatores responsáveis pelo comparecimento do cliente ou famílias responsável ao acolhimento referem-se a alterações no quadro sintomatológico do cliente ou perda de consulta com um dos profissionais do serviço, sendo realizado então a remarcação da mesma e dependendo do caso a prescrição de medicação suficiente a benefícios ou aposentadorias, solicitação de visita domiciliar

pelos técnicos da saúde mental em casos de resistência para a ingestão de medicação, conflitos familiares e outros aspectos que possam acarretar prejuízos para a pessoa com transtorno mental.

Um aspecto bastante ressaltado pelos profissionais responsáveis pelo acolhimento diz respeito ao esclarecimento junto ao cliente, familiar/responsável da importância da valorização das consultas e atendimentos grupais para uma melhor eficácia do tratamento.

Anteriormente, o profissional responsável pelo acolhimento, atendia a clientela de maneira individual, entretanto, após reavaliações importantes, a equipe decidiu que tal procedimento deveria ser realizado de forma grupal e os resultados obtidos com essa nova abordagem estão revelando-se bastante eficientes e interessantes.

## **Considerações finais**

Em julho de 2006 Sobral-CE comemorou seis anos do fechamento do manicômio Casa de Repouso Guararapes e implantação da Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do Município, com a realização de ações visando à construção do exercício de cidadania, por meio da promoção da saúde mental e tratamento dos transtornos mentais, incentivando, propiciando uma ampla participação dos clientes, seus familiares e sociedade em geral para a execução de ações voltadas para a inclusão social e respeito à diversidade das manifestações humanas, destacando-se no cenário nacional pela implementação do processo de Reforma Psiquiátrica.

A Terapia Ocupacional valoriza sobretudo a individualidade e subjetividade do indivíduo, considerando-o como um ser expressivo, criativo, lúdico, social, com capacidade de desenvolver-se

funcionalmente para uma maior independência dentro de suas possibilidades. O Terapeuta Ocupacional se configura como um profissional fundamental no universo da saúde mental, promovendo, sobretudo, o desenvolvimento da auto-estima do indivíduo, auxiliando-lhe a explorar o universo de possibilidades humanas, trabalhando também sua re(inserção) familiar e social e estimulando a nobre prática do exercício de cidadania.

A Terapia Ocupacional assume um papel de grande relevância no processo de Reforma Psiquiátrica, contribuindo com suas experiências, saberes e práticas, exercendo assim uma missão nobre de construção coletiva de uma história edificante, enobrecedora para a saúde mental no Ceará e Brasil.

### Referências bibliográficas

ALMEIDA, et al (2004). **Oficinas em saúde mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral**. In: COSTA, C. M; FIGUEIREDO, A. C, organizadores. Oficinas terapêuticas em saúde mental. Sujeito, produção e cidadania. Coleções Ipub. Contra capa livraria. Rio de Janeiro, 2004. p. 117 – 133.

BARRETO, A. **Terapia Comunitária**. Secretaria de desenvolvimento Social e Saúde; Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Sobral-Ceará, 2004 (mimeo).

BASAGLIA, F. **A Instituição negada (Relato de um Hospital Psiquiátrico)**. Ed. Graal, RJ, 1985.

BRASIL. Ministério da Educação. **RESOLUÇÃO CNE CES 6**, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, de 19 de fevereiro de 2002.

CASTRO, E.D; SILVA.J.G. **Processos criativos e Terapia Ocupacional**. Revista de Terapia Ocupacional. USP, São Paulo, 1(2), 1990.p.71-75.

MACHADO, M. C. **Rumo ao objeto da Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte, Ed: Cuatiara, 1991. 86 pg. P 39 e 40.

MEDEIROS, Maria Heloísa. **A Terapia Ocupacional como um saber: Uma Abordagem Epistemológica e Social**. (Dissertação de Mestrado). UFSCar, 1989.

NASSIF, V. 1998. **Estudo comparativo sobre o uso de tinta e madeira como recurso terapêutico para pacientes psicóticos em Terapia Ocupacional**. Pesquisa para a USP.

SAMPAIO, J. J. C; BARROSO, C. M. C. **Manual de organização de centro de atenção psicossocial generalista** (Quixadá-1994; Sobral-2001), (mimeo).

SAMPAIO, J.J.C. BARROSO, C.M.C. **Saúde e Loucura (Saúde Mental e Saúde da Família)**. Ed.Hucitec, 2001, p.214 .

SOBRAL. **Relatório de gestão** (1997 – 2004). Prefeitura Municipal de Sobral. Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde, Sobral-CE, 2004. 150 p.

### Notas

1. Nesse estudo faço referência à pessoa com transtorno mental em uma relação terapêutica como cliente e não como paciente. Há sentido na posição do psiquiatra Dr.José Jackson Coelho Sampaio quando argumenta que o termo paciente implicitamente denota um aspecto de passividade e de uma posição hierarquicamente inferior. Identifico-me com o termo cliente que revela que uma pessoa em determinada fase de sua vida pode precisar de um serviço especializado, no qual estabelece uma relação contratual. E na minha área profissional já incorporei essa nomenclatura quando me refiro à pessoa com transtorno mental.

**Anna Verônica Mautner**

Psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise e palestrante. Autora de Cotidiano nas entrelinhas e Crônicas científicas (Ed. Agora).

**Cristina Pinheiro de Sousa**

Terapeuta Ocupacional  
Especialização no Método Terapia Ocupacional Dinâmica- *ceto*  
Formação em Teoria Psicanalítica – Grupo de Estudos em Psiquiatria,  
Psicologia e Psicoterapia da Infância-GEPPPI  
Mestranda em Psicologia pela Universidade de Fortaleza- UNIFOR

**Daniela Oliveira de Carvalho Veríssimo e Melo**

Terapeuta Ocupacional formada pela USP-SP. Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental pelo CAPS Profº Luís da Rocha Cerqueira (FUNDAP/PAP/SES). Especializanda do Método Terapia Ocupacional Dinâmica pelo *ceto*-SP. Coordenadora do Serviço Residencial Terapêutico Vila Prudente II.

**Erika Regina de Oliveira Colato**

Terapeuta Ocupacional  
Especialista no Método Terapia Ocupacional Dinâmica- *ceto*  
Endereço: R. João Privatti 162, Jd. Buzolin - Araras, SP - CEP 13607-275  
Email: kilaregina@gmail.com  
Telefones: 19-33512543 / 19-93566661

**Giovana Martini**

Terapeuta Ocupacional  
Especialização no Método Terapia Ocupacional Dinâmica - *ceto*

**Jô Benetton**

Terapeuta Ocupacional  
Doutora em Saúde Mental pela Unicamp  
Diretora do *ceto*  
e-mail: *ceto*@terra.com.br  
site: www.*ceto*.pro.br

**Luciana Cordeiro**

Terapeuta Ocupacional  
Especialista no MTOD pelo *ceto*  
Aprimoramento em Saúde Mental pela Santa Casa de São Paulo  
Rua Inglês de Souza, 542 ap 33 – Jd da Glória - CEP 01546-010 - São Paulo-SP  
Tel. 11 2924.1470/9835.4799  
cordeiro .lu@ig.com.br

**Lucila Maria Di Giacomo e Auler**

Terapeuta Ocupacional da Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jaú.  
Especialista no Método Terapia Ocupacional Dinâmica pelo *ceto*.  
e-mail:lucilaauler@ig.com.br

**Márcia Maria Mont´Alverne de Barros**

Terapeuta Ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral-Ceará, Especialista em Saúde mental e Saúde da Família, Mestranda em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará – UECE.

**Maria Gabriela J. P. Barboza Gomes**

Terapeuta Ocupacional, Aprimoramento em Terapia Ocupacional em Psiquiatria pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP- Ribeirão Preto, Especialização no Método Terapia Ocupacional Dinâmica - *ceto*  
Mestre em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina da USP- Ribeirão Preto

**Marisa Takatori**

Terapeuta Ocupacional da Prefeitura de São Paulo e docente do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário São Camilo. Especialista no Método Terapia Ocupacional Dinâmica pelo *ceto*-SP, Mestre e Doutora em Psicologia (Área - Escolar e do Desenvolvimento Humano) pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

**Melina Piráquine**

Terapeuta Ocupacional da Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jaú e do Hospital Amaral Carvalho.  
Aprimoramento em Terapia Ocupacional em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP – SP).  
Especialista no Método Terapia Ocupacional Dinâmica pelo *ceto*. Especialista em Saúde Mental na Universidade do Sagrado Coração de Bauru (USC).  
e-mail: melinapiragine@hotmail.com

A apresentação de trabalhos para publicação na revista *ceto* pressupõe o conhecimento prévio e a aceitação, por parte do articulista, das seguintes normas:

1. Os trabalhos enviados para publicação na revista *ceto* deverão ser originais e inéditos, não sendo admitida a apresentação simultânea do mesmo trabalho a mais de um veículo de publicação, independentemente de sua característica de circulação impressa ou eletrônica.
2. Trabalhos anteriormente difundidos em simpósios, seminários, revistas estrangeiras, congressos e pela internet só serão publicados quando oferecerem interesse específico e relevante. Neste caso, deverá(ão) constar o(s) lugar(es) e a(s) data(s) de publicação anterior(es).
3. Os trabalhos deverão ser encaminhados antecedidos por página de rosto da qual conste, exclusivamente, o título e o nome de seu autor; sua qualificação, endereço, telefone (incluir CEP e DDD) e e-mail; um resumo de cinco linhas, em português e em inglês, que poderá ser aproveitado para abertura do texto na revista; e o número exato de caracteres com espaço do texto.
4. Os trabalhos deverão ser encaminhados à Coordenação Editorial da revista *ceto*, para o e-mail: *ceto@terra.com.br*, mencionando no campo assunto: o título do artigo, o autor e a data.
5. Os trabalhos recebidos serão encaminhados ao Conselho Editorial da revista *ceto*.
6. O Conselho Editorial poderá aceitar, recusar ou reapresentar o original ao articulista com sugestões para alterações de forma e/ou conteúdo, com a finalidade de alcançar coerência, clareza, fluidez e correção ortográfica e gramatical do texto, ou para adequá-lo às normas de publicação e de diagramação da revista *ceto*, particularmente no que se refere à forma das citações bibliográficas, sendo assessorada, nesta função, pelo conselho editorial.
7. É indispensável seguir os padrões gráficos utilizados pela revista *ceto*:
  - o que merecer destaque deve vir em itálico.
  - não utilizar sublinhado nem negrito.
  - palavras estrangeiras e títulos de livros mencionados no texto, em itálico, sem aspas.
  - títulos de artigos mencionados no texto, em tipo normal, com aspas.
- citações, sempre entre aspas; caso a citação seja referida em nota ao final do artigo, o número desta nota, no texto, deve vir após a conclusão da citação. Exemplo: "... em Slagle"<sup>1</sup>
8. Pede-se especial atenção para as Notas, que deverão vir no final do texto (não no rodapé), e serem numeradas no artigo. Pedimos o favor de seguir rigidamente as regras indicadas abaixo:
  - a. Nomes dos autores: com maiúsculas somente na inicial do sobrenome, seguidos de vírgula e data. Exemplos: Ferrari, 1994.
  - b. Artigos, livros e capítulos de livros: títulos entre aspas, contendo o ano de publicação, sem sublinhar.
  - c. Textos citados mais de uma vez: a partir da segunda vez, inclusive, colocar apenas nome do autor, a expressão op. cit. em itálico, e a página citada.
- 9- Uma vez aprovados, os artigos poderão necessitar de uma revisão de português; neste caso, ela deverá ser feita por conta do autor, antes de entregar o texto definitivo.
- 10- Os autores cujos textos forem publicados receberão um exemplar da revista em que consta seu trabalho.
- 11- O copyright dos artigos publicados pertence aos seus autores. Caso sejam publicados em coletâneas ou em outros periódicos, solicita-se mencionar a primeira publicação na revista *ceto*.
- 12- Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que contenham termos ou idéias preconceituosos, ou que expressem pontos de vista incompatíveis com os princípios do *ceto*.
- 13- Os artigos aceitos não serão necessariamente publicados de imediato.
- 14- As opiniões sustentadas nos trabalhos publicados pertencem exclusivamente a seus autores.
15. Referências Bibliográficas: devem ser apresentadas de acordo com as recomendações da ABNT, 2000 (NB-6023)