

# O raciocínio clínico da Terapeuta Ocupacional ativa

Taís Quevedo Marcolino

*I think what I've got is something slightly resembling, gumption(1).*  
(Iris Simpkins, The Holiday, 2006)

## Resumo

A proposta desse ensaio é apresentar elaborações sobre como o Método Terapia Ocupacional Dinâmica – MTOD pode contribuir na construção do raciocínio clínico em terapia ocupacional. O texto foi construído para estabelecer relações entre a literatura de raciocínio clínico em Terapia Ocupacional, os pressupostos do MTOD e excertos provenientes de minhas pesquisas no tema ou de textos de colegas com formação clínica no MTOD.

**Palavras-chave:** Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Terapia Ocupacional. Raciocínio Clínico.

## Abstract

This essay shows how the Dynamic Occupational Therapy Method – MTOD could sustain the construction of clinical reasoning in occupational therapy. We tried to established connections between the literature about clinical reasoning in Occupational Therapy, the MTOD, and some examples from my researches on this assumption or reports of other colleagues that worked with MTOD.

**Keywords:** Dynamic Occupational Therapy Method. Occupational Therapy. Clinical Reasoning.

## Introdução

A proposta deste ensaio é apresentar elaborações sobre como o Método Terapia Ocupacional Dinâmica – MTOD pode contribuir na construção do raciocínio clínico em terapia ocupacional. O texto foi construído para estabelecer relações entre a literatura de raciocínio clínico em Terapia Ocupacional, os pressupostos do MTOD e excertos provenientes de minhas pesquisas no tema ou de textos de colegas com formação clínica no MTOD.

Uma primeira questão pode ser assim apresentada:

Pouco temos buscado ou nos prendemos a experiências, digamos, cruciais, isto é, aquelas obtidas na perseverança do estudo do fato humano (por exemplo, o uso das atividades na intervenção em saúde mental) e isto nos levou a uma doutrina epistemológica 'holística' radical. A consequência foi o abandono do núcleo (da lógica usual) inerente a toda teoria. Moral da história: ou levamos em conta todas as teorias ou nenhuma teoria. Não há meio termo. (BENETTON, 1995, p. 07, grifo da autora).

Este holismo teórico, ao mesmo tempo em que abre espaço para a criação de novas práticas e conexões teóricas, também acaba por contribuir para dois problemas narcísicos da profissão: a dificuldade de justificar e explicar os porquês e os como se faz da prática, e o reflexo disso na identidade profissional – “[...] perdemos (ou nunca chegamos a encontrar) aquele sentimento confortável de se sentir em casa, [...]” (LIMA, 1999, p. 42).

Na busca de um núcleo teórico-conceitual, o eixo da investigação que resultou na construção do MTOD esteve voltado para dentro da própria terapia ocupacional, como o fato humano, dos procedimentos técnicos e de conduta ética (BENETTON, 2008) originados na prática assistencial. E, diferentemente de um modelo de prática que se propõe a apontar diretrizes filosóficas para a prática, um método, nas palavras de Benetton (1994, p. 167) que “prevê uma formatação técnica na aplicação de teorias de maneira a permitir, incentivar e estabelecer procedimentos [...]”, favorecendo as escolhas e decisões do profissional para que encontrem guias de apoio, elementos norteadores de sua reflexão, para pensar em direções para o cuidado.

Sabemos que o raciocínio clínico em Terapia Ocupacional é de base narrativa (MATTINGLY, 1991; MATTINGLY, FLEMING, 1994), no sentido de ser um pensamento trilhado no particular, que se preocupa com as conexões entre os eventos específicos para explicar os motivos e envolve a deliberação sobre o que é apropriado para um caso específico, com um paciente específico, em um contexto específico.

Para Jerome Bruner (1997), o pensamento narrativo pode ser entendido na medida em que compreendemos que as ações dos seres humanos são situadas em uma matriz socialmente construída sobre como deveriam ser as coisas (canonicidade), e que estes significados culturais orientam e controlam os atos individuais. Quando se está diante de acontecimentos esperados, neste sistema cultural, não há necessidade de explicações. Entretanto, diante de algo excepcional, imprevisível (não-canonicidade), surge a necessidade humana de oferecer explicações narrativas que consigam estabelecer conexões entre este excepcional e o canônico, de modo que um sentido possa ser construído para o sujeito – a sua interpretação, os seus motivos. Este tipo de pensamento se contrapõe

ao proposicional, que busca por generalizações a partir de particularidades e é considerado o pensamento típico do raciocínio médico.

O referencial teórico-metodológico do MTOD impulsiona o terapeuta ocupacional a pensar, por excelência, neste modo narrativo. Claro que há situações em que o raciocínio proposicional se faz presente: quando se leva em conta o prognóstico de uma doença ou a realidade sócio-cultural para que saibamos cuidar das nossas expectativas, ou quando há escolhas no curso do processo terapêutico que dizem respeito a tratamentos padronizados. Entretanto, mesmo quando há uma condição que abre espaço para um pensamento generalizado de um tratamento padronizado, como para o tratamento de uma seqüela ou déficit, no MTOD, este pensamento precisa se particularizar, voltar-se para as singularidades do caso, pois o déficit só será tratado diante de uma abertura para a realização de alguma atividade, para se “fazer algo que é desejado ou o que se precisa fazer [...]”, como atividades para que atividades possam ser feitas” (MARCOLINO, 2003, p. 57).

Para a antropóloga Cheryl Mattingly (1994, 1998), o pensamento narrativo na Terapia Ocupacional assume a forma de narrativa, em um sentido próximo ao das artes literárias, pois esta percebeu que os terapeutas ocupacionais buscam pela construção de uma história prospectiva com seus pacientes e usam esse tipo de pensamento tanto como uma forma de perceber e estruturar o problema clínico, como de organizar o pensamento para a ação futura, assumindo uma função organizadora na construção do processo terapêutico – ações organizadas pelas histórias que gostaríamos de construir e contar com nossos pacientes.

Embora, para o MTOD, o pensamento narrativo seja suficiente para desvelar em quê se funda

nosso raciocínio clínico, Mattingly (1994, 1998) traz, com o sentido de finalidade imbricado nas ações, a idéia da busca pela construção de uma trama. A autora resgata Aristóteles (1970 citado por MATTINGLY, idem), ao se referir a esta trama como um todo compactado com começo, meio e fim, que coloca os eventos não como uma sequência temporal – uma coisa depois da outra – mas como uma estrutura atemporal e causal em que uma coisa acontece por causa da outra. E também ressalta que os sentidos desta causalidade repousam em outro lugar que não na experiência em si.

Mattingly (idem) propõe que, para se desvelar o sentido emergente, é necessário o reconhecimento do que pode ser apreendido pelo que é da cultura, do discurso e dos sentidos públicos compartilhados, mas, principalmente, pelo que é contextual, pelo que é não-verbal, além de necessitar de meios para interpretar os sentidos privados, a paisagem interna dos motivos, desejos, crenças e emoções particulares.

Neste trânsito entre o individual e o social, o MTOD oferece um arcabouço teórico-técnico como um meio para que significados possam ser desvelados, construídos, transformados. Estes significados precisam estar assentados na relação triádica, e é também nesta relação que toda possibilidade narrativa se coloca, impulsionando o raciocínio clínico a avaliar a qualidade desta relação e seu movimento dinâmico como elemento central para análises e ações. Diante da pressuposição de que esta história pode ser construída, Benetton (1994, 2010) nomeou esta abertura de: espaço de historicidade ou espaço de narrativa.

Sendo assim, a história a ser construída é, primeiramente, a desta relação, que começa quando o sujeito chega para fazer terapia ocupacional e ele, necessitado e/ou desejante, traz a marca da repercussão situacional que uma

exclusão social lhe impôs. O sentido desta história repousa no paradigma da Terapia Ocupacional (BENETTON, 2005; 2010) e sustenta-se no movimento dinâmico da relação triádica, no fazer atividades com o terapeuta ocupacional que “instrumentaliza a criação de espaços de saúde, para construções no cotidiano” (BENETTON, 2008, p. 28). Neste movimento, busca-se a instauração do afeto, do sentir e do se relacionar, de um elo afetivo flexível, maleável, para que se possa viver os fatos da vida de forma diferente e encontrar uma abertura para dar-lhes significado.

Em todos os momentos, com palavras, atitudes, gestos e intenções, o terapeuta ocupacional deve estar atento e preparado para manter um espaço na narrativa que permita ao sujeito-alvo dar significados ao seu cotidiano, quando em terapia ocupacional. (BENETTON, 2010, p. 39)

## O Raciocínio Diagnóstico

Para que este espaço de narrativa possa encontrar seu lugar, é necessário conhecer a repercussão situacional, o sujeito-alvo e o seu cotidiano, para compor inicial e continuamente (no sentido de aprimorar e acompanhar evolutivamente o processo terapêutico) o diagnóstico situacional, subsidiado pelo repertório de informações do caso.

Este repertório é composto por informações provenientes de múltiplas fontes. As informações colhidas diretamente com o sujeito-alvo abarcam o que ele conta sobre si, sua história e seu cotidiano. No MTOD, valorizamos também as informações colhidas de forma indireta, por meio das pessoas que convivem com o sujeito-alvo e mesmo de diagnósticos de outros profissionais.

Uma das fontes de informação mais privilegiadas pelo MTOD é a observação sistemática e rigorosa que o terapeuta ocupacional faz do

sujeito no processo de realização de atividades e da associação destas informações filtradas pela análise dos afetos que circulam nesta relação. Este processo é sustentado no alicerce de uma ciência empírica – no sentido proposto por Stengers (2002), de reunir indícios que nos orientarão na tentativa “de identificar relações, não de representar um fenômeno com variáveis independentes” (idem, p. 167, grifo nosso). Desta forma, assim assumido pelo MTOD nas palavras de Benetton (1995, p. 7): “Podemos e devemos partir da pura observação de fatos localizados na relação triádica [...], compondo de início uma armazenagem de informações que nos permita testar hipóteses e resolver problemas.” (BENETTON, 1995, p. 7)

Mostro outra forma com que poderia usar a cola, coloco um pouco em cima de uma tampa plástica e passo em cima da cola um quadradinho, F. tenta fazer e mergulha o quadradinho na cola, parece não gostar dessa nova forma, sugiro então que passe o dedo e o dedo passe no quadradinho, F. experimenta e parece gostar, repetindo essa forma. (Já teve momentos durante os atendimentos em que observei que F. consegue perceber algumas de suas dificuldades se angustiando com elas, ficando muitas vezes irritada consigo mesma, percebo como é exigente e detalhista, mas tem momentos em que percebo que não tem críticas sobre suas dificuldades, fazendo coisas grotescas sem perceber. O mesmo acontece com o fato de se sujar, às vezes percebo-a cuidadosa, mas já observei momentos em que parece sentir prazer de se sujar, me sujar e sujar os móveis, e momentos de muitos descuidos consigo mesma, materiais e com as atividades). Relato de terapeuta ocupacional (MARCOLINO, 2005, p. 119-120).

Além disso, o reconhecimento da subjetivação da ação – do que é repetido, do que é criado, do que parece estar alterado por sentimentos e emoções; e a observação da qualidade das atitudes, dos gestos, das expressões corporais, e até mesmo dos

sintomas; e a análise dos fenômenos transferenciais na relação triádica – como será melhor discutido adiante – também nos permite dimensionar uma forma de ser, estar e se relacionar (BENETTON, 1994, 2006) que contribuem para a construção de nosso raciocínio diagnóstico.

Nosso atendimento durou duas horas. Foi muito intenso, o estar com ela é muito intenso. Parece que não filtra o que sente, suas emoções são brutas, o que sente e pensa simplesmente sai, e muito na e em relação ao outro que está com ela. Relato de terapeuta ocupacional (MARCOLINO, 2009, p. 226).

Este processo é todo trilhado buscando-se as particularidades, é um diagnóstico de caráter narrativo, principalmente se comparado ao caráter proposicional do diagnóstico médico. Entretanto, apresenta-se como um pensamento narrativo imbricado em um pensamento associativo, que possibilita a construção de hipóteses, determina direções para as ações de cuidado e, a seu tempo, sustentará o processo de significação das atividades.

O raciocínio diagnóstico situacional contém elementos que se aproximam do que Mattingly e Fleming (1994) nomearam de raciocínio condicional (MARCOLINO, 2009), um raciocínio social mais complexo, que procura compreender a pessoa inteira em seu contexto da vida cotidiana (life world), compreender como a pessoa se vê e vê-la no futuro de modo que a pessoa possa partilhar essa imagem. O raciocínio condicional oferece ao terapeuta ocupacional uma imagem prospectiva de futuro, como um todo compactado passado-presente-futuro, com um sentido de finalidade, e se ajusta ao longo do processo, por meio do qual o terapeuta vislumbra aonde o paciente pode chegar.

Estes autores discutem os riscos e a vulnerabilidade

em relação à disjunção entre o que o terapeuta deseja e a história que realmente se desenrola, mas, para o MTOD, esta é uma questão importante, discutida na medida em que se procura transformar o desejo do terapeuta de, logo de início, ir em busca de significados, em uma atitude de espera recuada que deve conter um caráter ativo “de discriminação e retenção das informações” (BENETTON, 1994, p. 80). Neste sentido, somente sustentada pelo acervo informacional, é que reside toda e qualquer possibilidade de prospecção – nem tanto imagética como propõem Mattingly e Fleming (1994) – para procurar reduzir esta disjunção, valorizando e abrindo espaço para o inusitado.

### O Raciocínio Procedimental

Deste modo, a história que vai sendo construída demanda por ações intencionais da terapeuta ocupacional para transitar na relação triádica a partir do que compreende como necessidade do paciente e para ampliar sua participação na vida cotidiana. Estas ações, nomeadas por nós de procedimentos, são alvo de constante construção, pois os diferentes modos de fazer demandados pela presença das atividades nesta relação e o fato de que lidamos com o elemento humano possibilita infinitos procedimentos (AMARO, 2009; BENETTON, 1994).

Na pesquisa de Raciocínio Clínico liderada por Mattingly e Fleming (1994), raciocínio procedimental e raciocínio interativo foram definidos separadamente, um interessado nos problemas de funcionalidade e outro, respectivamente, na construção da relação terapêutica, principalmente quando voltado para buscar a colaboração do paciente no tratamento (FINLAY, 1997; SCHELL; SCHELL, 2008; ROSA; HASSELKUS, 2005).

Para o MTOD, não podemos seguir por este

caminho, pois o eixo organizador de todos nossos procedimentos é o movimento dinâmico da relação triádica, o que os caracteriza, essencialmente, como educacionais e relacionais. Isso implica em um caráter bastante ativo por parte da terapeuta ocupacional, tanto no sentido de promover o ensino e a aprendizagem, sustentado no processo de realização de atividades – que imprime um forte compromisso com a realidade externa – como na promoção da instauração do afeto, do sentir e do se relacionar.

A entrada do sujeito-alvo no sistema da terapia ocupacional demanda que haja um movimento relacional dos três termos terapeuta-paciente-atividades, marcado pela liberdade e amplitude no uso das atividades. Neste sentido, indicar atividades, oferecer possibilidades para escolha, mobilizar para a experimentação e, em outros momentos, conversar sobre elas, discuti-las, debatê-las, “[...] mudando de lugares, de pessoas e, atenção, inclusive admitindo a possibilidade de não serem feitas [...]” (BENETTON, 1994, p. 99-100), são alguns dos muitos procedimentos, assentados em um processo de troca de informações, que possibilitam a entrada e a manutenção do sujeito alvo na relação triádica.

Formulei minha proposta dizendo que, a meu ver, se o ato de ficar enrolada no edredom era uma atividade que lhe dava prazer, então era preciso que fosse mantida. Expliquei-lhe que procedia assim porque a manutenção de tal atividade poderia dar-nos tempo e espaço para pensar em outras atividades. E mais: se ela ficasse preocupada, tensa e desesperada por estar na cama, vendo aquilo com os olhos dos outros como se fosse ruim, não haveria espaço nem para enxergar através de seus próprios olhos, o que não a levaria em busca de outro tipo de atividade. (BENETTON, 1994, p. 98)

Certa vez, atendi um senhor portador de uma hemiparesia D. A primeira vez que o encontrei, estava na sala de sua

casa, sentado em uma poltrona do papai, como se não tivesse mais nenhum movimento, mas logo vi que ele havia tido uma recuperação neuromotora muito boa. No segundo atendimento, ele me mostrou um jogo de damas em madeira que tinha acabado de confeccionar antes de ter o AVE. Com a ajuda da esposa, para driblar também a afasia, contou-me como era habilidoso na confecção de objetos de madeira, em consertar as coisas e em gerenciar sua loja de materiais de construção. Chorou muito ao me contar tudo isso. Então, propus que nossa primeira atividade tinha que ser algo que ele nunca tivesse feito. Ele escolheu pintar um quadro, pois sempre admirou o trabalho da esposa, que tinha alguns quadros seus decorando a casa. Se era o novo que precisava entrar, não podíamos começar por algo que ele dominasse muito, que pudesse ser comparado com suas habilidades antes do AVE, que o prendesse a uma vida que não era mais a sua. Relato da própria autora.

A. tinha 5 anos quando chegou para o grupo de terapia ocupacional, falava sozinha [...], não percebia o outro, sua brincadeira limitava-se a carregar alguns objetos junto ao seu corpo (carregava um pote contendo canetas coloridas) [...] a terapeuta produz algumas bolinhas de massa de modelar e oferece para colocar no pote que estava carregando. Aos poucos<sup>a</sup> começa a solicitar que a terapeuta faça mais bolinhas para colocar no seu potinho, e depois, passa a aceitar o convite da terapeuta para experimentar enrolar a massa e produzir as bolinhas [...]. (PELLEGRINI, 2007).

Fazer atividades é, então, a consígnia desta terapia ocupacional e a terapeuta ocupacional, de posse do saber-fazer das técnicas de realização de atividades, precisa construir um pensamento que leve em conta os modos de fazer e aprender do sujeito-alvo (MARCOLINO, 2005) de maneira a promover ações educativas que abram espaço para a produção.

“Quando fizemos a proposta de que escolhesse algo para fazer, escolhe fazer uma flor de tapeçaria. Como ela nunca

havia feito tapeçaria, sugerimos que ela aprendesse o ponto antes [...] Dora não conseguia, a lã embolava, a talagarça desmanchava-se e nada do ponto sair. [...] entendemos que havia o desejo, mas que a técnica escolhida não facilitava que fosse sustentado. Dora agora pintou uma tela com flores. Ainda com muita dificuldade e com ajuda bastante ativa das terapeutas e facilitação da técnica [...] mostramos flores feitas com fuxico. Dora ilumina-se, quer aprender a fazer. Mostra-se extremamente habilidosa com a agulha, faz uma flor a cada atendimento. A primeira é para ser colocada no chapéu que ela tem usado e as demais aplicadas num cachecol que vai protegê-la do frio. (MORAES, 2008, p. 34).

[...] fiquei observando como ela estava conseguindo usar o bastão sem deixar a tinta em excesso, acabou pintando toda a madeira, estava usando a tinta de alto relevo para pintar sem relevo, mas resolvi não intervir, pois estava ficando bem acabado e tinha conseguido sozinha achar uma forma (plasticidade da técnica). Fiquei pensando que, para algumas dificuldades, ela conseguia criar estratégias criativas para sair, mas que muitas vezes, ou melhor, na maioria das vezes, isso não acontecia, mas estava observando qual era a frequência no tempo: se vem aumentado ou não com o tratamento [...]. Relato de terapeuta ocupacional (MARCOLINO, 2005, p. 120).

Essa produção é sempre uma realização no campo afetivo e a terapeuta ocupacional ativa (BENETTON, 2006) busca o tempo todo o estabelecimento de uma ligação afetiva que lhe permita transitar de forma flexível, manejando os fenômenos transferenciais de modo a assumir lugares na relação triádica que favoreçam construções. Aqui, o raciocínio clínico vai sendo inundado pelo que o paciente diz de seus sentimentos e pelo sentir da terapeuta, como um guia para o conhecer o outro e sua dinâmica relacional. Deste modo, a terapeuta ocupacional procura identificar o lugar relacional no qual foi colocada e pensar de que maneira pode proceder, se agir a partir deste

lugar ou sair dele, mas sempre oferecendo-se em gestos e atitudes que impulsionem o sujeito a sair de qualquer inatividade ou paralisia (FERRARI et al., mimeo).

[...] Priscila solicita muito a minha ajuda. Num primeiro momento, dou uma ajuda mais direta e, aos poucos, vou encorajando-a para que faça sozinha. Priscila passa a me contar, com certa crítica, sobre a dependência que tem dos pais. [...] Nesse momento, aparece toda a ambivalência da dependência e proponho que mostremos aos seus pais que ela também é capaz de fazer coisas: proponho ir à sua casa uma noite e prepararmos um jantar para a família [...] Quando estávamos jantando, ela contou à mãe tudo o que havia aprendido naquela noite (de ligar o fogão a colocar leite no molho para tirar a acidez) e, então, sua mãe visivelmente se surpreende porque Priscila acabara de ensinar algo para ela [...]. (MORAES, 2008, p. 34).

Mattingly (1991, 1994, 1998) refere que o agir dos terapeutas ocupacionais é um agir retórico e persuasivo, no sentido de mudar a maneira do sujeito se ver na vida para um modo mais ativo e protagonista. No MTOD, esta persuasão repousa em uma ação impregnada de afeto e assentada em uma relação de dependência, voltada para a aprendizagem, de colocar-se na mão do outro em busca da aprendizagem. Este sentir, como argamassa para todo o acervo de informações do caso, é que leva o terapeuta a elaborar hipóteses e a definir as direções a seguir, sejam elas de recuo, espera ou avanço, sempre em direção ao estabelecimento de uma nova relação que imprima um novo jeito de se perceber e de se relacionar, “dizemos do nosso sentir, tomamos partido, mostramos o que somos e formulamos juízos de realidade e valor” (BENETTON, 1994, p. 81).

Esta nova relação demanda uma forma de comunicação que se funda no estabelecimento de um código secreto entre terapeuta e paciente,

como uma comunicação gestual e atitudinal, pautada nas hipóteses levantadas pelo terapeuta a partir das indicações gestuais do sujeito-alvo. Com o tempo, espera-se que esta comunicação possa ser ampliada, na medida em que se possa significar o que é vivido na relação triádica.

Esta significação, no MTOD, passa pela análise das atividades, que pode ser feita cotidianamente na medida em que o sujeito alvo consegue ir qualificando sua produção, tanto dentro como fora do setting terapêutico, e quando inicia suas trilhas associativas. Deste modo, os produtos das atividades feitas em um processo de terapia ocupacional, ao mesmo tempo que mostram que houve aquisições particulares do sujeito, impregnadas de suas expectativas, motivos ou desejos, também apontam para a potencial construção de uma narrativa, que possa conter significados do que foi vivido, do que foi criado e se oferecem como estrutura para outras construções na vida, no cotidiano.

### **O Raciocínio Associativo**

No MTOD, o raciocínio narrativo está imbricado em um raciocínio associativo, tanto durante o contínuo processo de diagnóstico situacional, como no trabalho de construção de significados. Para não associar alhos com bugalhos, como diz cotidianamente Jô Benetton, é necessário que a terapeuta ocupacional guarde em sua memória ou outros tipos de registro - como escritos, fotos, gravações - informações que sustentem seu processo de construção de hipóteses sobre o que diz respeito ao sujeito alvo e suas necessidades. A seu tempo, ela trabalha para abrir espaço para que suas associações hipotéticas possam ser apreciadas pelo sujeito em um processo conjunto de análise de suas atividades, de avaliação desta produção.

Este processo demanda uma certa organização que possibilite esta análise e acontece em um tempo que é narrativo, atemporal, causal, em que tempo e espaço vividos começam a fazer sentido (BENETTON, 1994, 2006; MATTINGLY, 1994, 1998) e não em um tempo cronológico, sequencial. Neste sentido, as atividades mostram produtos com diferentes qualidades, inundados da história de sua produção. O distanciamento temporal, quando de sua análise, é que abre espaço para sua qualificação.

Deste modo, além de fazer atividades, é necessário conversar sobre elas, discuti-las e, no momento oportuno, organizá-las, compilá-las em subgrupos a partir de consígnias dadas pelo sujeito alvo ou mesmo sugeridas pela terapeuta ocupacional, a partir de suas hipóteses. Costumam ser inicialmente simples, como ‘o que gostou de fazer ou não’, ‘o que acha bonito ou feio’, ‘o que foi feito sozinho ou com a ajuda da terapeuta’ e, destes grupos, novos outros podem ser formados, com outras consígnias que vão surgindo neste processo de significação. A terapeuta ocupacional contribui nesta trilha associativa, guiada por suas hipóteses e dizendo delas, para que sejam referendadas ou reformuladas pelo sujeito alvo – o que terminantemente difere de orientar significados (BENETTON, 1994).

Existe algo a ser feito antes como, por exemplo, um caminho que demonstre a correlação entre fatos, objetos e pessoas. [...] tendo a investigação clínica como base, vamos combinando suas partes que se encaixam. Ao rever esses trabalhos [...] em busca de lugares comuns, de semelhanças e diferenças, de indentificações e nomeações, de tal forma que façam parte de um todo historicamente composto nesta relação [...] se espera [...] que o paciente possa também contar a sua própria história. (BENETTON, 1994, p. 96)

Diante disto, falamos aqui da composição de uma cadeia de significados e não de um significado

para certa atividade ou fato em si, pois a dinâmica de realização das atividades na relação triádica é potencial, abre possibilidades de qualificações e significações. Deste modo, realizar atividades significativas é muito mais um resultado da maneira de se estar em relação e poder, ou mesmo aprender, a investir em sua produção (BENETTON, 1994). Pois o que MTOD propõe é um sistema aberto de significação, em que

“atributos, traços e déficits podem, portanto, ser definidos como desejáveis, indesejáveis, bons, maus, vantajosos ou desvantajosos dependendo da forma como são vividos e experimentados pelo sujeito e são significados na relação triádica, não se definindo por si.” (FERRARI, 2009, p. 37).

Este processo possibilita que novas histórias possam ser contadas, a partir de aspectos que não eram pensados ou associados, e assim um “novo sistema de valores vai sendo construído” (BENETTON, 1994, p. 106).

No último subgrupo denominado de ‘Família’, C. colocou o quadro e os 2 porta-retratos. Disse que a tela, agora, lembrava sua ‘árvore genealógica’ e pode falar como foi bom reaproximar-se da família e começar uma vida nova ao lado do filho. Relatou que essas 3 atividades encontram-se ‘no canto da casa que tem a melhor energia’ e onde ela mais gosta de ficar. Ressaltou a pintura em tela como a atividade mais importante realizada ‘pelo trabalho que deu fazê-la, pelo significado que tem e pela beleza do resultado’. Concordei com C. e pontuei que foi bonito acompanhar seu processo de transformação e que, para mim, a tela marcou a construção de nossa relação e, conseqüentemente, a construção de uma outra possibilidade de ser e estar no mundo. Nesse momento, C. me disse: ‘Você me deu chão. Eu fiz 12 anos de psicoterapia e se tem uma coisa que eu aprendi foi ser realista; mas você me ensinou que eu tenho possibilidades. (MELO, 2007, p. 38)

Deste modo, buscamos abrir espaço para o estabelecimento e reconhecimento de um

cotidiano próprio (BENETTON, 2010), para viver do seu jeito, para fazer do seu jeito e se relacionar do seu jeito, não mais estagnado ou paralisado pela repercussão situacional da exclusão, pessoal e social, vivida por diferentes problemáticas – mesmo que a problemática, muitas vezes, ainda se faça presente.

## O Raciocínio Ético-Estético

Quando o outro entra em cena, nasce a ética (ECO, 2000, p. 79)

O contexto em que ocorre a assistência em terapia ocupacional também influencia o raciocínio clínico dos profissionais e este tipo de pensamento tem sido chamado de raciocínio pragmático (SCHELL; CERVERO, 1993). Quando, neste contexto, questões éticas estão envolvidas, tais como avaliar os benefícios e os riscos para o paciente; a melhor ação para determinada pessoa quando o tempo de tratamento é curto; as discordâncias entre o desejo do paciente e do terapeuta, e também dos demais membros da equipe, Schell e Schell (2008) nomearam este tipo de raciocínio de ético.

Entretanto, como discutem Benetton e Goubert (2002), ao circunscrever o problema de nosso sujeito alvo dentro dos pressupostos do MTOD, acabamos por nos deparar com um problema complexo, ambíguo, difícil de ser isolado e, conseqüentemente, diagnosticado. Neste sentido, torna-se complicado estabelecer parâmetros gerais para saber como obter benefícios em contraposição a malefícios maiores. Do mesmo modo como não é possível definir uma finalidade para a terapia ocupacional que, como foi discutido anteriormente, não seja sustentada pelas particularidades do caso específico.

Nesta direção, nosso raciocínio ético também

precisa ser construído na singularidade de cada caso. Apoiando-se em Wittgenstein (CHAUVIRÉ, 1989 citado por BENETTON, 2006), “impregnar a vida com ética” (BENETTON; GOUBERT, 2002) é a máxima que nos orienta, pois compreendemos que as decisões éticas são problemas de resolução na prática, definidas particularmente, a cada momento e a cada situação, e que é aí que reside nossa responsabilidade clínica.

Deste modo, levamos em consideração, mas nos permitimos a crítica e até o afastamento de padrões coletivos de normatividade. Pois, ao trazer este raciocínio ético para a relação triádica, buscamos por uma “experiência de construção e integração” (BENETTON, 2006, p. 23-24) na qual o sujeito alvo precisa construir significados para seu cotidiano, a partir do que vai compreendendo que faz sentido para sua vida. No MTOD, oferecemos abertura, a partir de nossas associações hipotéticas, para que o sujeito alvo construa estes sentidos, entre o nosso e o dele, no pensar em si e em suas atividades.

Desta maneira, também nos aproximamos de uma estética que é singularizada, a qual é nomeada dentro da relação, nas diferentes qualificações, no que adquire caráter de beleza, funcionalidade, que é produzida e considerada útil pelo sujeito.

No que é ético na terapia ocupacional, também está o estético: levar ao ‘fazer’ como um projeto para o ‘ser’, numa relação ‘ética-estética’ de construção no meio que se vive. (BENETTON, 2006, p. 23).

Nos excertos dos relatos de terapeutas ocupacionais apresentados neste texto, encontramos inúmeros exemplos da ética-estética imbricada em nosso raciocínio clínico, numa responsabilidade voltada para o sujeito, para suas necessidades, para que ele possa produzir suas significações.

A história construída da relação triádica é

compartilhada, mas é diferente para a terapeuta e para o paciente. Pensar etica-esteticamente implica, antes de tudo, em saber qual é o nosso lugar de terapeuta ocupacional, em reconhecer e descobrir o que é nosso nessa construção e, de quais maneiras, deste lugar, nos é possível investir no outro.

### Considerações Finais

O esforço da construção do MTOD pelo processo de teoria da técnica nos possibilita hoje o acesso a uma estrutura teórico-metodológica que sustenta um raciocínio clínico em terapia ocupacional para caminhar em direção às necessidades do sujeito-alvo, definidas situacionalmente, e à construção de um cotidiano.

A terapeuta ocupacional, qualificada no MTOD de ativa, traz em seu repertório um instrumental para realizar diagnóstico, para construir hipóteses, para implementar procedimentos educacionais e relacionais de manejo da relação triádica, e associativos para conduzir o processo de significação das atividades. Este trabalho é sustentado por uma responsabilidade clínica que precisa ser ética e estética.

Embora tenhamos separado cada modo de raciocínio clínico, na prática eles atuam de modo bastante integrado, provavelmente como sugerem Mattingly e Fleming (1994) e Unsworth (2005), com as especificidades delineadas por nós neste ensaio, em especial com destaque para o pensamento associativo (BENETTON, 1994, 2006).

A trama narrativa proposta por Mattingly (1991, 1994, 1998), construída no tempo clínico, concretiza-se, no MTOD, no processo de significação, na análise da produção na relação triádica, que nomeamos de trilhas associativas. Estas trilhas tem o olhar para dentro e para fora,

para que um novo sistema de valores se instaure e autorize o estabelecimento e reconhecimento de um novo cotidiano (BENETTON, 1994, 2010).

O raciocínio narrativo, tão bem conceituado pela pesquisa de Raciocínio Clínico realizada nos Estados Unidos no final de década de 1980 (MATTINGLY; FLEMING, 1994), ganha um novo contorno, que abre possibilidades de diálogo, de vislumbres de semelhanças e de diferenças no intuito tanto de sedimentar e sustentar o raciocínio clínico guiado pelo MTOD, como de produzir conhecimento que é para a própria profissão Terapia Ocupacional.

## Referências Bibliográficas

- AMARO, D. G. **Análise de procedimentos utilizados em uma proposta de formação contínua de educadores em serviço para a construção de práticas inclusivas.** 2009. 257f. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- BENETTON, M.J. **A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental.** 1994. 190f. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Campinas, 1994.
- BENETTON, M.J. **Terapia Ocupacional: conhecimento em evolução.** Revista CETO, v1, n1, p. 5-7, 1995.
- BENETTON, M.J. **Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional.** São Paulo: Diagrama&Texto/CETO – Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 1999.
- BENETTON, M.J. **Além da opinião: uma questão de investigação para a historicização da Terapia Ocupacional.** Revista CETO, ano 9, n. 9, p. 04-08, 2005.
- BENETTON, M.J. **Ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional.** Campinas: Arte Brasil Editora / UNISALESIANO – Centro Universitário Católico Auxilium, 2006.
- BENETTON, M.J. **Atividades: tudo o que você quis saber e ninguém respondeu.** Revista CETO, ano 11, n.11, p. 26-29, 2008.
- BENETTON, M.J. **O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados.** Revista CETO, v.12, n. 12, p. 32-39, 2010.
- BENETTON, J.; GOUBERT, J. P. **Você disse ética?** O Mundo da Saúde, v. 8, n. 3, 2002.
- BRUNER, J. **Atos de significação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- ECO, U. **Quando o outro entra em cena, nasce a ética.** In: ECO, U; MARTINI, C.M. **Em quem creem os que não crêem?** Rio de Janeiro: Record, 2000, p. 79-90.
- FERRARI, S. M. L. **Análise de atividades.** Revista CETO, ano 11, n.11, p. 36-40, 2008.
- FERRARI, S.M.; CECATTO, T.L., ABUMUSSE, L.V.M.; MAXIMINO, V.S. **A transferência na clínica da terapia ocupacional.** Mimeo.
- FINLAY, L. **Good patients and bad patients: how occupational therapists view their patients/clients.** British Journal of Occupational Therapy, v. 60, n.10, p. 440-446, 1997.
- LIMA, E. M. F. A. **Identidade e complexidade: composições no campo da terapia ocupacional.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 10, n.2/3, p. 42-45, 1999.
- MATTINGLY, C. **The narrative nature of clinical reasoning.** American Journal of Occupational Therapy, v. 45, p. 998-1005, 1991.
- MATTINGLY, C. **The narrative nature of clinical reasoning.** In: MATTINGLY, C.; FLEMING, M. H. **Clinical Reasoning: forms of inquiry in a therapeutic process.** Philadelphia: F. A. Davis Company, 1994, p. 239-269.
- MATTINGLY, C. **Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience.** Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- MATTINGLY, C.; FLEMING, M. H. **Clinical Reasoning: forms of inquiry in a therapeutic process.** Philadelphia: F. A. Davis Company, 1994.

MARCOLINO, T. Q. **Sobre reabilitar o que não se reabilita.** Revista CETO, n.8, p. 54-58, 2003.

MARCOLINO, T. Q. **A dimensão pedagógica nos procedimentos de Terapia Ocupacional.** 2005, 125 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

MARCOLINO, T. Q. **A porta está aberta: aprendizagem colaborativa, prática iniciante, raciocínio clínico e terapia ocupacional.** 307f. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

MELO, D. O. **De lagarta a borboleta: um processo de terapia ocupacional.** Revista CETO, ano 10, n. 10, 2007, p. 33-39.

MORAES, G. C. **Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica.** Revista CETO, ano 11, n.11, p. 30-35, 2008.

PELLEGRINI, A. C. **As relações entre o brincar no Método Terapia Ocupacional dinâmica e no Modelo Lúcido: subsídios para a clínica na saúde mental infantil.** Revista CETO, v. 10, n.10, p. 40-47, 2007.

ROSA, S. A.; HASSELKUS, B. R. **Finding common ground with patients: the centrality of compatibility.** The American Journal of Occupational Therapy, v.59, n.2, p. 198-208, 2005.

SCHELL, B.A. CERVERO, R.M., **Clinical reasoning in occupational therapy: an integrative review.** American Journal of Occupational Therapy, v. 47, n. 7, p. 605-610, 1993.

SCHELL, B. A. B.; SCHELL, J. W. **Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy.** Wolters Kluwer / Lippincott Wilians & Wilkins Publishers, 2008.

STENGERS, I. **A invenção das ciências modernas.** São Paulo: Editora 34, 2002.

UNSWORTH, C. **Using a head-mounted video camera to explore current conceptualizations of clinical reasoning in occupational therapy.** The American Journal of Occupational Therapy, v. 59, n.1, p. 31-40, 2005.

### Notas de rodapé

(1) *gumption*: perspicácia, senso comum, sagacidade, iniciativa (Dicionário Babylon English-Portuguese, disponível em <http://bis.babylon.com/?rt=ol&tid=pop&mr=2&term=gumption&tl=pt>, consultado em 30/07/2011)

Fala da personagem Iris Simpkins, no filme com tradução em português “O amor não tira férias”, de Nancy Meyers.