

# *O exercício da clínica da Terapia Ocupacional na especialização profissional*

## ***Autora***

**Silvia Helena dos Santos**

Terapeuta Ocupacional com especialização em Saúde Mental pela UNIFESP e especializanda pelo CETO.

## ***Endereço***

Rua Alfredo Penido, n 02  
CEP: 12570 – 000 / Aparecida – SP.  
Fone: (12) 565 – 25555

## ***Resumo***

Como proposta disciplinar do CETO apresentamos uma discussão de um atendimento em terapia ocupacional, no qual, durante o processo terapêutico, é possível a construção de novos caminhos tanto para o paciente como para a terapeuta. Mesmo encontrando algumas delimitações clínicas e teóricas no exercício da profissão, nos atendimentos grupais e individuais não perdemos as sutilezas dos acontecimentos, o que se transformou em uma importante experiência durante o processo de formação.

## ***Palavras-Chave***

Atividades – processo terapêutico – trilhas associativas

## ***Introdução***

Refletir e escrever sobre a assistência em terapia ocupacional durante o processo de formação é uma tarefa complexa, mas ao mesmo tempo, muito valiosa e prazerosa. A complexidade encontra-se, muitas vezes, quando nos deparamos com dificuldades conceituais e de como utilizar o nosso instrumento de trabalho – as atividades. Benetton (1994) define as atividades 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”.

Neste primeiro exercício teórico da clínica, utilizamos o atendimento em terapia ocupacional de um paciente, para discutirmos pontos importantes que fazem parte do processo e que, devem ser salientados e elaborados.

Assim, no decorrer de nossa formação e na construção de nossa clínica, nos instrumentalizar, teórica e praticamente, implica o aprimoramento e a aprendizagem da dinâmica das técnicas de atividades, sua utilização no processo triádico, bem como, das constituições teóricas desenvolvidas neste campo.

Benetton (1991) instrumentaliza com diversos pressupostos teóricos e práticos o trabalho a ser desenvolvido por terapeutas ocupacionais. Ela propõe, através de um suporte psicodinâmico, a técnica “trilhas associativas”. Trilhas associativas é uma técnica específica da Terapia Ocupacional que compreende basicamente as seguintes etapas:

- compilação das atividades: elas podem permanecer no setting ou se forem levadas pelo paciente, devem ser fotografadas ou registradas de alguma forma;
- agrupamento e subagrupamento das atividades;
- significação das atividades, por associações feitas pelo paciente, podendo ter auxílio da terapeuta ocupacional para que ele possa construir uma nova história;
- ensinar e/ou indicar atividades.

Cabe ressaltar que, na terapia ocupacional podemos utilizar de diversas maneiras a técnica de uma atividade sem alterar o produto, criando também um novo meio de comunicação/interação com o paciente. É importante também sabermos o quanto que a sala de terapia ocupacional faz parte do instrumento de trabalho da terapeuta. Ela

constitui-se em um espaço de receber alguém que estará de passagem, um local de desenvolvimento de diversas atividades e sobretudo influência das características pessoais e profissionais de quem as coordenará. Benetton (1994).

São esses os pressupostos que utilizamos para a apresentação de um caso clínico.

## O Processo

Os procedimentos que serão relatados, foram desenvolvidos em uma instituição constituída por uma equipe multidisciplinar, que se propunha a diversas formas de intervenção. Os atendimentos podiam ser realizados no nível ambulatorial, hospital dia, atendimentos domiciliares, ou, ainda, em meio período na própria instituição, tendo em vista a avaliação da equipe sobre cada paciente. Cabe ressaltar, que em quaisquer formas de equipe, sejam de caráter multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar, suas ações deverão ser complementares na estratégia do tratamento ao paciente, bem como, sua linguagem deverá ser única, clara e todos componentes deverão se sentir igualmente responsáveis pelo indivíduo, em crise ou não, formando diferentes vínculos, de maior ou menor intensidade na tentativa então, de inseri-lo em uma dimensão histórica.

Desta forma, E., 33 anos, sansei, o quarto filho entre cinco irmãos, fez formação acadêmica em medicina clínica, sem ter nunca exercido a profissão após a residência, chega a nossa equipe, após ter sido atendido em diferentes instituições psiquiátricas, tendo um período de internação, o que acontece a partir de sua formação profissional. Antes de ser encaminhado para terapia ocupacional E. tinha atendimento psiquiátrico e esporadicamente, acompanhamento terapêutico, o qual foi interrompido pela tamanha dificuldade que possuía para sair de casa, criando um campo de tensão, suficiente para ele não querer mais o tratamento, acarretando a não aderência a esta intervenção terapêutica. Recebeu diagnóstico clínico de esquizofrenia paranóide. A indicação terapêutica para a terapia ocupacional foi feita em discussão de equipe, na qual comumente, havia supervisão de casos em atendimentos. Tal indicação é dada pela contextualização e qualidade dos diferentes diagnósticos profissionais, o diagnóstico específico da

terapia ocupacional é denominado de *diagnóstico situacional*, (Benetton 1994) que pode ser estabelecido entre outras coisas, pela análise das condições sócio-emocionais atuais com as quais o indivíduo se apresenta, bem como, seu modo de estar inserido ou não no social, o lugar que ele ocupa na família, com seus amigos ou não, no trabalho, atividades esportivas e de lazer.

O paciente em questão morava com sua irmã mais velha com a qual mantinha maior contato, já que os outros familiares moravam em outra cidade, longe de São Paulo. Era ela quem acompanhava o tratamento e nos fornecia dados importantes da história dele, nos auxiliando na indicação terapêutica e na constituição do diagnóstico situacional. Segundo informações colhidas com a irmã ele apresentava forte tendência ao isolamento.

Levando em conta principalmente que o grupo em Terapia Ocupacional é o quarto elemento da relação triádica: terapeuta - atividades - paciente, e, que possibilita a promoção de sociabilidade Benetton (1991), como proposta terapêutica inicial, propusemos atendê-lo em grupo.

Também como estratégia clínica ele foi encaminhado para um grupo em formação, composto por ele, outra paciente e a terapeuta. Apresentava alguns sintomas clínicos como por exemplo: acatisia (incapacidade de sentar-se; ansiedade intensa referente a permanecer sentado) e muita ansiedade, que ele dizia ser o empecilho para fazer as "coisas" em sua vida. Não conseguia permanecer sentado (andando de um lado para o outro da sala). Ainda assim, conseguia contar de algumas atividades que gostava, tais como, desenhar e pintar. Neste momento a outra paciente falava de sua irritação e incomodo com a presença dele, dizendo que ele a atrapalhava. Enquanto ela fazia sua atividade, E. ficava na sala observando os materiais.

Mais um elemento situacional pode ser colhido neste contexto: E. apresentava dificuldades em contar sua história e seus projetos, não tinha nenhum interesse de interagir, tendendo ao isolamento mais uma vez. Quase nunca saía de casa, a não ser para comer na lanchonete vizinha de seu apartamento.

Discutimos com sua médica psiquiátrica a possibilidade de mudança no esquema medicamentoso, com o objetivo de diminuir alguns sintomas

colaterais que o incomodavam muito no grupo de terapia ocupacional, mesmo que não aparecesse com tanta intensidade em outras situações, eram limitadores de sua interação e de seu fazer.

Parecendo estar mais familiarizado com o setting, ele conseguia sem muito esforço escolher os materiais para sua atividade. Podemos considerar que neste momento configura-se a primeira etapa da técnica “trilhas associativas”, que se inicia a partir da escolha dos materiais por E. para a construção de sua primeira atividade, que disse ser uma pintura abstrata.

Na relação triádica, a atividade foi facilitando o encontro e a aproximação da terapeuta à medida que ele solicitava orientações. O ensinar passou então a também fazer parte do processo, abrindo um novo caminho para a interação com E.

Alguns atendimentos foram realizados, nos quais E. passou a fazer sua atividade com maior envolvimento. Então, percebemos que começa a existir uma história do tratamento que se delimita mais individualmente. Desta forma, as intervenções passam a ser individuais, sendo bem aceito por ele.

Com essa nova intervenção terapêutica e mudança na forma de assistência, valorizou-se a relação triádica e a construção de um novo lugar para E. em um grupo maior – o grupo social.

Nesse atendimento individual ele escolhe outro material – a argila. Comentamos com ele, que apresenta muita habilidade com modelagem e com pintura.

Começou a fazer suas atividades mais independentemente, sem necessitar ou mesmo pedir nossa participação, que passou a ser solicitada em momentos específicos ou quando tinha alguma dúvida quanto à execução da técnica.

A partir do momento em que houve mudanças acentuadas em seu modo de estar na relação, propusemos uma revisão de suas atividades, compiladas até então. Ele concordou e disse que seria ótimo, pois poderia rever suas atividades e ver sua melhora. Ficamos atentos a estas palavras. Ele também disse que a terapia ocupacional era um lugar gostoso e seguro.

Espalhadas as atividades pela sala, pedimos que ele as agrupasse de acordo com as semelhanças vistas por ele. Inicialmente subagrupou atividades que não possuíam figuras humanas, depois atividades com desenhos de pessoas de várias idades e sexos e, num terceiro subgrupo, atividades que envolviam objetos, figuras humanas e peças de argila.

Quando o tempo e o espaço vividos no processo terapêutico começaram a fazer sentido criou-se um novo contexto, no qual paciente e terapeuta podem construir uma história diferente.

Desta forma, E. começou a construir sua história (que é a história dos atendimentos em terapia ocupacional), podendo atualizar situações do seu passado e dando novas significações aos acontecimentos.

O subgrupo que continha as atividades com desenhos de pessoas de várias idades e sexos ele denominou de “atividades com vida”. Escolheu um desenho de uma montanha e de um homem feito de papel canson e tinta acrílica. Descreveu este desenho como a busca do equilíbrio do homem com a natureza. Comentou que esta atividade me lembra a busca de um lugar na realidade comum a todos que até então, para ele era impossível fazer parte. Dos desenhos que ele modificou um pouco, antes de revermos todas as suas atividades, ele conta que elas passaram a “ter mais vida”. Perguntamos o que significa “ter mais vida” e ele respondeu que agora suas atividades podem ser compartilhadas com outras pessoas e que isto significava também que não precisaria mais estar sozinho, poderia ter a companhia e/ou auxílio de outros sem se sentir ameaçado.

Sua última atividade foi confeccionada com argila e descrita como a mais importante. Ele fez uma família de tartarugas – mãe e três filhotes. Ao identificá-las disse que eram lentas, não se movimentam sozinhas, mas com auxílio elas podiam caminhar mais rápido.

Olhando para este novo contexto, eu via o quanto ele caminhou de uma dependência do fazer junto, enquanto uma necessidade, para uma busca de autonomia, favorecendo a possibilidade de experimentação de um novo modo de ser, fazer e estar no social.

Assim, com a possibilidade de construir uma história de vida diferente e poder fazer parte dela, sem se sentir ameaçado ou perseguido, sua interação transformou-se, passou a dar mais opiniões em sua casa, começou a fazer escolhas, indo aos bailes de sua comunidade, saía para comer fora com maior frequência e, pode ingressar em um curso de canto, talvez sua verdadeira profissão.

## **Conclusão**

Durante o processo terapêutico constituído pelos atendimentos de terapia ocupacional utilizando a técnica “trilhas associativas”, pudemos criar uma nova história para o paciente e consequentemente, para a terapeuta.

Construir novos caminhos e possibilidades durante o processo e, fazer parte deles, foi muito gratificante. Isto garantiu um crescimento pessoal e profissional, já que na terapia ocupacional o terapeuta pode utilizar seu corpo, sua história e marcas, constituindo-se em elementos que, podem e devem ser associados com seu principal instrumento de trabalho – as atividades.

Assim, pudemos perceber o quanto é importante o exercício da clínica, ainda que restrita, mas sem perder sua qualidade.

## **Referências Bibliográficas**

- BENEDETTO, SARACENO e outros. *“Manual de Saúde Mental”*. São Paulo, Editora Hucitec, 1997.
- BENETTON, J. *“Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose”*. São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- BENETTON, J. *“A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental”*. Tese (doutorado) UNICAMP. Campinas, UNICAMP, 1994.
- FERRARI, S. M. L. *“A ancoragem no caminho da psicose: um estudo clínico do uso de atividades e sua compreensão no tratamento de psicóticos”*. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. São Paulo: v. 2, p. 09. 1997.
- FERRIOTI, M. L. *“Terapia Ocupacional: relato de uma experiência”*. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional. São Paulo: v. 2, p.32. 1997.