Por onde começamos? Que tal pela Terapia Ocupacional? Relato de uma experiência escrito a muitas mãos.

Kátia Zerbinati Ana Cristina Spinelli Elenilda Sena Nunes Loredana Locatelli Carvalho Quesia Botelho Fernandes Thiene Rocha Bersan.

Resumo

Este artigo, resultado do processo de formação de um grupo de terapeutas ocupacionais no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), se propõe a discutir, a partir de uma experiência de atendimento em Terapia Ocupacional, conceitos apreendidos nessa formação. Como ilustração, é apresentado um caso na clínica da dependência química.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, grupos, relação triádica, diagnóstico situacional.

Abstract

This article, result of a graduate study* accomplished by a group of occupational therapists in Occupational Therapy's Dynamic Method, discusses, based on a patient experience with occupational therapy, the concepts learned in the course. As an example, we present the case of a drug addict.

Keywords: occupational therapy, groups, triadic relationship, situational diagnosis.

Introdução

Este texto foi desenvolvido como projeto do módulo de supervisão de caso para conclusão da formação clínica no Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD). O caso apresentado foi acompanhado por Kátia Zerbinati, e a construção do artigo teve coautoria de Ana Cristina Spinelli, Elenilda Sena Nunes, Loredana Locatelli Carvalho, Quesia Botelho Fernandes e Thiene Rocha Bersan.

Por ser um caso emblemático e que trazia conteúdos comuns às clínicas das autoras, escolhemos relatar o caso de R., paciente de Kátia. Os atendimentos foram realizados semanalmente, de novembro de 2008 a março de 2010, interrompidos pelo falecimento do paciente. Suas atividades foram fotografadas para esse artigo. Para o MTOD, há grande importância em fotografar e compilar as atividades desenvolvidas e/ou usar a própria atividade para possibilitar a construção de uma trilha associativa, para futura análise de atividades. Trilhas associativas, segundo Benetton (2006), constituem "uma técnica de análise, após sua realização pelo paciente, onde este participa ativamente do processo, comparando-as e daí retirando uma narrativa que de preferência constitua a história de uma relação numa Terapia Ocupacional", que, usada no processo terapêutico, possibilita a expressão da narrativa do paciente a partir das atividades concretas, "construindo um espaço subjetivo de historicidade" (Moraes, 2007) que some à história do paciente e ao processo vivenciado por ele no setting de Terapia Ocupacional.

Ao longo do relato, além do caso, apresentaremos e discutiremos os principais pressupostos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica.

Primeiro encontro

Estava em uma sala de grupo da unidade CAPS AD Osasco (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas) em dezembro de 2008, como plantonista, quando escuto um tumulto na recepção: alguém falava alto, com agressividade no tom da voz. No momento minha impressão era de que estava acontecendo uma briga ou violência em relação a um dos funcionários na recepção, fato comum neste CAPS AD. Nesta unidade não dispomos de segurança, então toda a equipe, frente a uma situação como essa, se dirige à recepção para tentar ajudar e identificar o acontecido.

Ao chegar à recepção - que é composta por um balcão estreito, de um metro de altura - além de pessoas sentadas aguardando seu atendimento, que por ocasião da situação estavam assustadas, vejo um homem de meia idade em pé, debruçado no balcão, muito próximo à funcionária. O conteúdo de seu discurso era "quero ser atendido, preciso resolver minhas questões trabalhistas". A primeira demanda não era muito clara, mas se caracterizava como uma demanda de cuidado. A empresa dos Correios era citada constantemente. Embora já demitido, R. ainda se mantinha com o uniforme da empresa. Estava sozinho e dirigia uma moto, trazia nas mãos um capacete e usava botas com emblemas dos Correios.

Estava diante de um homem alto, forte, olhos

verdes um tanto avermelhados, sem os dentes da frente, com roupas amarrotadas, que falava e gesticulava ao mesmo tempo. Pela aparência e odor que exalava, parecia ter consumido álcool.

Pego sua ficha de identificação e vejo que havia sido atendido há 20 dias e que um retorno fora agendado, ao qual não compareceu.

Apresento-me, pergunto seu nome e o convido para entrar em um dos consultórios. R. entra na sala e conta que já tinha estado no serviço e que não havia retornado no dia agendado. Pergunto como posso ajudar, e imediatamente fala do seu afastamento do trabalho desde 2006 e que ora tem auxílio doença, ora não, e que sua demissão foi feita por telegrama.

Segundo Moraes,

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 tratamento quanto ao seu cotidiano). Para isso, além da observação do sujeito no setting da Terapia Ocupacional, colhemos informações com os demais profissionais que o acompanham e com as pessoas que estão próximas dele no dia a dia. No entanto, a observação no setting é fundamental para entender o que esse indivíduo faz, como faz, onde faz e quando faz, para, assim, delinear um primeiro diagnóstico situacional. Entender isso significa entender seu repertório no fazer e possibilitar o início de uma construção de história com esse sujeito. (Moraes, 2008).

Para Marcolino é

na descrição e análise do contexto sócio-emocional no qual o paciente se insere, e é a partir dele que a terapeuta ocupacional começa a delinear as necessidades do paciente e as estratégias para envolvê-lo numa participação mais ativa no tratamento. (Marcolino, 2005).

R. diz que tem 48 anos, é casado pela segunda vez

e deste relacionamento tem uma filha. Tem também dois filhos adultos do primeiro relacionamento, com os quais não tem contato. Conta do falecimento da mãe em janeiro de 2007 e chora. Comenta sobre dois irmãos com os quais tem sérios conflitos. Retoma o assunto do trabalho e diz ter sido afastado por fratura na clavícula.

Para dar continuidade à composição do diagnóstico situacional, pergunto seus dados pessoais e sobre sua família. Falava tudo de uma só vez e apresentava muitas demandas. Por estar alcoolizado agendei um novo encontro comigo, de preferência acompanhado. Neste momento assumi uma conduta avaliativa e agendei atendimentos com o médico e com o serviço social, a fim de obter esclarecimentos quanto às questões clínicas e trabalhistas, que se configuravam como a principal demanda de R.

O médico o avalia e identifica problemas como diabetes descompensado, hipertensão arterial, cirrose hepática, pancreatite e cálculo renal, estes três últimos identificados por exames realizados anteriormente, trazidos no dia da consulta. Ainda aguardava provável cirurgia para retirada de pedra na vesícula. Foi medicado e agendado retorno. O serviço social faz as orientações pertinentes relacionadas às questões trabalhistas, benefícios e rede de suporte social.

Como resultado da reunião entre os profissionais, discute-se a necessidade de um projeto terapêutico intensivo para R., que consiste em freqüência diária ao serviço, contemplando os atendimentos terapêuticos e cuidados básicos. Tanto o diagnóstico clínico como o diagnóstico situacional foram compostos a partir das avaliações realizadas durante os atendimentos.

Partindo do pressuposto de Benetton que

"A exclusão social é a problemática de partida da população-alvo da Terapia Ocupacional (...). (...) observa-

se que por diferentes e combinadas razões, o sujeito-alvo está socialmente afastado de uma parte significativa das atividades sociais. Interage de forma insatisfatória com a família, na escola, no trabalho e quase sempre é um solitário. (Benetton, 2006).

Compreendendo que a conduta de R. se repetia, realizo contatos telefônicos agendando novos horários que possibilitem a retomada do tratamento.

Segundo encontro

Da minha sala, observo que R. chega à recepção acompanhado pela esposa franzina, que me parece simpática e calma. R. apresenta-se mais calmo e, embora gesticulando e falando alto, aparentava não estar alcoolizado. Entram no consultório e a esposa justifica a falta anterior.

R., acanhado, inicia nossa conversa com o mesmo assunto do encontro anterior: o trabalho e sua demissão por justa causa. Pergunto o que gosta de fazer e imediatamente diz ser alegre, pintar óleo sobre tela e desenhar; técnicas que pôde aprimorar quando ficou preso por 12 anos por latrocínio. Refere-se à prisão usando a palavra "retiro". Apresento os grupos que coordeno, já que a proposta do programa de Terapia Ocupacional deste CAPS AD preconiza o atendimento em grupo. Convido-o para conhecer a sala de Terapia Ocupacional. Aceita prontamente e diz já saber do que se trata.

Terceiro encontro

R. entra na sala de Terapia Ocupacional, olha para todos, senta-se e, durante sua apresentação para o grupo, conta suas experiências na prisão: a invasão do Carandiru, quando morreram 111 internos, seus privilégios e como fez para conseguilos, usando conotações negativas.

(...) observo neles (nos pacientes) uma tendência em transformar a rotina do cotidiano em acontecimentos trágicos. A vida social e em sociedade é carregada como um grande peso. (Benetton, 1994, pg. 137).

Todos aparentemente suportaram o relato, apesar do medo que R. efetivamente despertava nas pessoas. Em seguida R. pede uma folha de papel e materiais gráficos. Muito rapidamente desenha um pato, riscando um número 2 no centro da folha e a partir desta referência dá os contornos à figura. Pede para pendurá-lo na sala, alegando pouca alegria e cor naquele espaço (fig. 1). "A atividade intermedia a aproximação e permite a relação de troca." (Benetton, 1994, pg. 150).



Fig. 1

Assim acontecem inúmeros encontros e R. vai se apropriando dos espaços, do armário com os materiais disponíveis, dos próprios materiais, estendendo-se para outros espaços da instituição e fora dela, nos eventos que participávamos. Começa a chegar ao grupo de forma diferente, mais alegre, e sua voz forte trazia palavras calorosas, piadas, pegadinhas, entre outros. O medo que as pessoas tinham quando da sua chegada foram sendo substituídos por acolhimento. "abrir espaço para fatos novos ou para novas paixões, menos paralisantes" (Benetton, 1994, pg. 147).

Tal mudança vai se construindo a partir do manejo do grupo, que solicita que R. pare de falar das experiências ruins vividas na cadeia. É neste momento que seu discurso também se modifica, falando dos lugares privilegiados nos trabalhos administrativos, do acompanhamento com o médico Drauzio Varella no período em que realizou um trabalho sistemático no Carandiru, das festas de aniversário que ajudava organizar para sua filha e para os filhos de outros detentos por suas habilidades em fazer alegorias infantis, dos livros que leu e de quanto estudou sobre assuntos diversos nas horas livres.

R. tinha conhecimentos sobre vários assuntos e auxiliava a todos no grupo. Neste momento, fez sua segunda atividade, uma pintura em tela com tinta acrílica (fig.2).



Fig. 2

Na escolha da atividade, diferente da primeira, procura no armário ideias e encontra uma tela que ganhamos de doação de uma funcionária e algumas tintas que estavam velhas. Dentre elas, escolhe as possíveis de serem utilizadas. Sem riscar o desenho, começa a pintar e termina no mesmo dia. É elogiado pelo grupo por sua habilidade e rapidez.

O privilégio de ter as atividades como constituintes

de uma relação de cuidado leva R. ao espaço de criação no qual estava impressa sua singularidade. Em todos os momentos, o terapeuta deve estar preparado para manter um espaço de construção de narrativas que permita ao sujeito dar significado ao seu cotidiano. No MTOD, é possibilitar a construção ou a recuperação da dignidade, de experiências e ações cotidianas. Para tanto, precisamos conhecer o sujeito, o que faz, o que gosta, suas atividades e relações: criar um espaço de saúde para ser quem é na relação com o outro. A condição de R. realizar seus desejos e ter domínio sobre suas atitudes o faz dono de suas ações. A mudança de comportamento por meio da aquisição de competências e novos padrões relacionais e funcionais foram construindo lugares valorizados.

Às vezes chegava com hálito etílico e não negava ter bebido. Nesta condição ficava um pouco confuso, desorganizado e atrevido, mas vinha da mesma forma. Este era nosso acordo, o lugar de cuidado era no CAPS AD. R. freqüentava diariamente o grupo de Terapia Ocupacional, e quando faltava, os funcionários e o grupo sentiam sua falta.

Em um dos encontros pede para fazer algo novo. Eu desenvolvia falso mosaico com alguns pacientes e o convido para aprender a técnica. Percebo, neste momento do processo de realização de atividades de R., o estabelecimento da relação triádica (o paciente, a terapeuta e a atividade em uma relação de suporte e sustentação), conceito nuclear do MTOD.

"A relação triádica é o núcleo deste Método (...). É uma relação dinâmica, no sentido de possuir movimento, ora o paciente está mais próximo da atividade ora do terapeuta, e assim acontece com os três termos." (Moraes, 2007).

Constato também o estabelecimento da ação educativa instituída na função terapêutica: "a ação

educativa é implícita à nossa função terapêutica e precisa de um desencadeante da experiência para se continuar experimentando" (Benetton, Ferrari e Tedesco, 2004). Através do processo de ensinar e aprender atividades, a singularidade de um cotidiano começa a ser construída: a descoberta de novas capacidades e habilidades, de novos gostos e mesmo de gostos antigos, de projetos que se originam numa integração do indivíduo com ele mesmo e que demanda a integração entre outros indivíduos para o social (Marcolino, 2005). Concluindo, a autora afirma que no MTOD a ação educativa é absolutamente central na construção dos procedimentos do terapeuta.

A partir de uma peça que fiz em madeira, utilizando o falso mosaico, R. faz sua terceira atividade (fig.3), uma mandala, misturando três técnicas: falso mosaico, uso de pastilhas e textura. Explico todas as etapas, desde o desenho na madeira, os contornos feitos com tinta relevo e a coloração com tintas. Quase não pede ajuda. Observo à distância sua circulação entre o conhecido e o desconhecido.



Fig.3

No início da atividade apresenta maior dificuldade, devido aos tremores das mãos decorrentes do quadro clínico, ora acentuados, ora leves. Mesmo assim, e também por gostar de desafios, conclui a atividade; relata não ter gostado do resultado e a deixa no CAPS AD.

Participa de uma atividade grupal, um falso mosaico no espelho (fig. 4), que hoje está na recepção do serviço. A escolha desta atividade se deu a partir da doação de um vidro e do pedido dos participantes do grupo em construírem um objeto que pudesse representar os grupos de Terapia Ocupacional e decorar a recepção. Nesta atividade, o grupo se configura como quarto termo acrescido à relação triádica. Para Benetton (2006), o quarto termo circula pelo que é aberto no setting da Terapia Ocupacional - como familiares, amigos, professores, patrões, membros da equipe terapêutica - e se define por caracterizar o social. A partir dessa nova configuração do grupo, R. passa a desenhar para os integrantes do grupo quando solicitado (fig.5).



Fig.4



Fig.5

Aconteceria nos próximos meses um concurso de trabalhos artísticos de escultura e pintura sobre tela, chamado Bispo do Rosário, promovido pelo Conselho Regional de Psicologia. Como R. tinha recursos que eram pouco explorados, o convidei a participar. Aceita prontamente. Fizemos uma lista de materiais, pois "pensar junto com o sujeito tudo que é necessário para a construção de uma atividade é uma boa maneira de introduzir os pacientes nas compras, nos preços, nas escolhas e, fundamentalmente, nas reais possibilidades de realização" (Benetton, 1994). No serviço, há escassez de recursos para a compra de materiais, e encontramos na adaptação de técnicas e na busca de doações possibilidades para produção de atividades. Acreditando ser importante a participação de R. neste concurso, e o fortalecimento da relação triádica, compro todos os materiais com recurso próprio, já que a instituição não os provê.

Como neste CAPS AD não é permitido o uso de materiais à base de solvente por ser um serviço que atende usuários de substâncias psicoativas, solicitei a autorização da coordenadora para sua utilização. O uso foi permitido com alguns critérios: o acesso aos materiais deveria ser restrito e sua utilização sempre supervisionada.

Organizamos o grupo para a produção, discutimos os cuidados necessários, trabalhamos expectativas. R. escolhe sozinho as figuras (fig. 6 e 7) e gradativamente autoriza minha participação em seu processo de produção. R. assimila as regras, os cuidados, a responsabilidade, o compromisso e o mais importante, a vontade de experimentar outras sensações e vivências. Faço poucas observações no período da confecção dos dois quadros.



Fig. 6



Fig.7

Nesta época, os grupos eram numerosos, com a participação de aproximadamente 20 membros, e eu, responsável pelos pacientes com projeto intensivo. R. organiza um espaço externo à sala, improvisa uma mesa de apoio e um cavalete, que era montado e desmontado todos os dias. Chegava mais cedo para preparar seu espaço. Enquanto pintava os quadros, circulava no grupo da mesma forma, fazendo brincadeiras, piadas, pegadinhas e solicitava opiniões dos colegas.

Após o término dos quadros, as fotos foram feitas e levei pessoalmente ao local de entrega. Algumas semanas depois, recebemos a notícia que R. não estava entre os dez classificados. Recebeu apenas um diploma de participação e se negou a participar da festividade do evento.

Após o resultado R. passa a usar álcool com maior frequência e a tumultuar o grupo, como na sua chegada ao serviço. Retoma suas frustrações com o Correio, com a família, com a gravidez precoce da filha e com seu tratamento. Diante da reação de R., faço a proposta de rifar um dos quadros, e dividir o dinheiro arrecadado entre ele e o serviço. Esta possibilidade o motiva. Este quadro está na sala da equipe técnica doado pelo ganhador.

Neste momento, percebo a necessidade de assumir uma postura mais ativa, emprestando meu desejo para que ele inicie uma atividade diante dessa frustração. Deslocar os sintomas em direção à saúde e novas possibilidades foi meu foco naquele momento.

"Na clínica das dependências (...) o terapeuta ocupacional assuma uma posição extremamente ativa, apresentando múltiplas possibilidades, ensinando técnicas de realização de atividades, ensinando estar presente no seu fazer enquanto faz. A posição do terapeuta ocupacional na relação triádica (...) exerce uma função de provocador do encontro, do encontro consigo, com seu fazer e assim, com o outro." (Benetton, Ferrari e Tedesco, 2005).

Faço uma segunda proposta: pintar um quadro como encomenda para presentear uma grande amiga minha. Iniciamos o projeto escolhendo o tamanho da tela e a figura a ser pintada. Chegamos à escolha de flores de lótus como tema, por nascerem em brejos lamacentos, mas serem tão brancas e belas. Estudamos o significado da flor, suas cores, a disposição na tela e o preço do seu trabalho. R. começa tentando copiar uma figura entre muitas que escolhemos na internet. Depois decide pintar algo de sua própria criação (fig.8). Mattingly (2007) coloca que

"Os terapeutas ocupacionais (...) 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."



Fig. 8

Quando termina a pintura alguns pacientes do grupo são convidados a participar de um curso de capacitação de design de móveis em cestaria, em parceria com a Secretaria do Trabalho. Reúno o grupo e R. é um dos participantes que aceita a proposta. Passa a freqüentar somente pelas manhãs o CAPS AD, e às tardes o curso. A partir dessa proposta, inicio o projeto do grupo Geração de Renda, voltado à inclusão social. R. e outros

pacientes são convidados a compô-lo. Discuto com os participantes como seria o processo de trabalho e R., entusiasmado, participa assiduamente com suas propostas.

No decorrer do processo, seu quadro clínico começa a se agravar, sendo acompanhado constantemente pela equipe médica do CAPS. Em um determinado dia R. chega ao serviço muito abatido, apresentando sinais de icterícia. Faço contato com a família, solicitando que viessem acompanhá-lo ao hospital. Assim aconteceu. Foi internado no Hospital da USP, e pessoas do grupo passaram a visitá-lo. Quando estive no hospital, R. me apresentou aos técnicos dizendo: "Esta é minha terapeuta". Sempre muito alegre, descontraído e fazendo muitas brincadeiras.

A situação clínica de R. entristeceu a todos no serviço, que passaram a perguntar constantemente pelo homem grandão, barulhento, às vezes atrevido e de bom astral. Durante sua internação, algumas pessoas do grupo pernoitavam no hospital, revezando com sua esposa, já que sua filha estava no oitavo mês de gestação e não podia ficar sozinha. A mobilização dos participantes para com a família de R. dá indícios da formação de um grupo de Terapia Ocupacional. R. faleceu após 15 dias da sua entrada no hospital, e teve como causa morte ascite.

Faltou muito pouco para R. concluir o curso. A esposa e a filha foram receber seu diploma em uma grande festividade, apoiadas por todos do grupo. O grupo terminou um trabalho que R. havia iniciado (puff) e o levou para presentear a esposa, a filha e o neto, que acabara de nascer (fig.9).



Fig.9

R. faz muita falta no grupo e recordações positivas sempre são citadas por todos os envolvidos no processo, funcionários e pacientes.

Conclusão

R. chega com demandas sociais e clínicas agravadas. Entretanto, quando lhe é oferecido um novo lugar e um novo papel, passa a demandar vida. Apesar de seu processo terapêutico ter sido interrompido bruscamente, a formação de um grupo com os outros pacientes do CAPS ficou evidente, já que se dispuseram a acompanhar a família durante a internação e mesmo após o falecimento de R. O olhar atento da terapeuta foi fundamental para o encaminhamento do paciente ao hospital dadas às demandas clínicas que se faziam urgentes.

Apesar de ser usuário de álcool, de estar em tratamento em um CAPS AD e das complicações clínicas do uso terem levado ao óbito, as demandas de R. não giravam em torno do álcool. A relação triádica abriu espaço para fazer, "um fazer que aponte o novo, a novidade" (Benetton, 1994, pg. 137).

Todos os pressupostos teóricos e práticos que embasam o MTOD utilizados pela terapeuta, que se apresenta e faz um convite, possibilitaram a circulação de R. por outros espaços sociais, (re) descobrindo habilidades e prazeres. Além de vivenciar momentos saudáveis, escreveu uma história diferente da apresentada na sua chegada, para além de si mesmo e do próprio CAPS AD.

Dado que a autora atendeu R. durante o processo de formação no MTOD, todo embasamento teórico do Método foi usado na condução dos atendimentos. Elementos como a postura ativa da terapeuta, o uso do diagnóstico situacional e a análise de atividades estiveram presentes em todo o processo. O falecimento de R. impossibilitou a realização da trilha associativa.

A formação no MTOD trouxe às terapeutas um olhar mais aprofundado com relação à importância e ao uso de atividades, contando uma história de processo terapêutico e de novas possibilidades de vida através das trilhas associativas.

Quando compilando, agrupando e revisando as atividades e todo o processo, a terapeuta, neste caso, pôde ver claramente as novas possibilidades de atividades, de relacionamento e de vivências que possibilitou a R., anteriormente tão preso às histórias do passado.

Enfim, o aprendizado do MTOD trouxe às terapeutas "a necessidade do exercício da observação clínica, isto é, o desenvolvimento da capacidade de olhar e analisar o contexto, estabelecendo focos dinâmicos e conexões entre estes focos" (Benetton, Ferrari e Tedesco, 2005), trouxe enfim um olhar mais propositivo e participativo para com a relação triádica.

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.

BENETTON, M.J., FERRARI, S. e TEDESCO, S. **Terapia Ocupacional: função terapêutica e sua ação educativa**. Revista Saúde, Editora São Camilo, prelo, 2004.

BENETTON, M.J., FERRARI, S. e TEDESCO, S. Atividades e dependência em um método: Terapia Ocupacional dinâmica. In: Panorama atual de drogas e dependência. SILVEIRA e MOREIRA, ed. Atheneu, 2005.

MARCOLINO, T. Q. A dimensão pedagógica nos procedimentos de Terapia Ocupacional. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós Graduação do Centro de Educação em Ciências Humanas. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2005.

MATTINGLY, C. A natureza narrativa do Raciocínio Clínico. Revista CETO nº 10. São Paulo: CETO - Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional, 2007.

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

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