

Debate

Uma Disciplina Humanista: *L'Ergothérapie*

Jean-Pierre R. Goubert,

Mestre de Conferências,

Centro de Pesquisas Históricas,

EHESS, Paris, França.

Email : ceto@hydra.com.br

Especial para a Revista do *ceto*,

São Paulo, 18/04/2003.

Tradução: Jô Benetton

L'ergothérapie pode ser definida de duas maneiras: em termos hierárquicos ou em termos de identidade. No caso da França, a definição que está em uso no meio dos *ergothérapeutes*, à qual se refere explícita ou implicitamente Jean-Philippe Guihard, tem uma visão hierárquica.

Neste caso, *l'ergothérapie* é considerada marginal na medida em que ela está colocada como não sendo uma disciplina, nem uma disciplina médica como a ginecologia ou a reumatologia. Não é também uma ciência, e isto por causa de uma referência a uma distinção entre "ciências duras" e "ciências moles". No caso, as normas científicas eleitas são aquelas próprias das ciências duras. Em outros termos, no caso de representação, *l'ergothérapie* se define negativamente desde sua entrada em jogo. Praticar dessa forma é partir da constatação que toma como fundamento a evidência e não a demonstração clara e convincente; dito de outra forma, sem o "a priori". Em segundo lugar, *l'ergothérapie* é considerada

Debats

Une Discipline Humaniste : *L'ergothérapie*

Jean-Pierre R. Goubert,

Maître de Conférences,

Centre de Recherches Historiques,

EHESS, Paris, France.

e-mail: jp.guihard@wanadoo.fr

Spécial pour la Revista do *ceto*,

São Paulo, 18/03/2003

L'ergothérapie peut se définir de deux façons : soit en termes de hiérarchie, soit en termes d'identité. Dans le cas de la France, la définition qui a en cours parmi les *ergothérapeutes*, dont Jean-Philippe Guihard, se réfère, explicitement ou implicitement, à une vision hiérarchique.

Dans ce cas, *l'ergothérapie* se considère comme marginale, dans la mesure où elle affirme ne pas être une discipline, ni une discipline médicale, telle que la gynécologie ou la rhumatologie, ni comme une science ; et cela par référence à une distinction entre «science dures» et «science molles», qui élit comme seule norme de scientificité celle propre aux sciences dures. En d'autres termes, dans ce cas de figure, *l'ergothérapie* se définit négativement dès l'entrée de jeu. Pratiquer de la sorte revient à partir d'un constat qui prend pour fondement l'évidence et non pas une démonstration claire et convaincante, autrement dit sans a priori. En second lieu, *l'ergothérapie* est considérée négativement par l'auteur dans la mesure où, en France, elle fait partie des professions dites paramédicales : du

negativamente pelo autor, uma vez que na França ela faz parte das profissões ditas paramédicas, que em grego significa "ao lado". Para Guihard, trata-se e é um julgamento de valor inaceitável, bem entendido, de uma disciplina marginal, esquecendo aqui que "é a margem que segura o texto". Dito de outra forma, sem *ergothérapie*, sem *ergothérapeutes*, não há medicina ou médicos válidos, tanto para a reabilitação funcional como no domínio da saúde mental.

Semelhante classificação entre disciplinas e profissões (umas médicas, outras paramédicas) constitui a última metamorfose de uma longa história que, sobretudo, é tipicamente francesa. Ao término de uma formação curta, uns serão tocados profundamente pelo saber científico do tipo universitário, à base de diagnósticos, de tratamentos, de operações e de prognósticos; outros, o cuidado vai mais além da tecnicidade. Semelhante dicotomia revela, de fato, um ato de poder que não se encontra em curso nas duas Américas, onde *l'ergothérapie* é não somente ensinada na Universidade, no seio de departamentos independentes, como também em Centros de Aperfeiçoamento, onde se encontram reunidos o ensino, a clínica e a pesquisa. Se esses não encontram demanda na França, apesar dos estágios de formação continuada, se não existem cursos de especialização, é preciso verificar os índices de imobilismo do estatuto da profissão nesses trinta anos, uma vez que não existe a prática no setor liberal nem para os pacientes, nem nas empresas, o que é diferente no Brasil e Canadá.

É isto porque, numa certa medida, conhecer implica em comparar no tempo e no espaço situações diferentes, sendo conveniente relativizar as impressões e os efeitos que são próprios de um profissional que tem uma experiência limitada ao seu país de origem.

Mais além que uma visão hierárquica e científica da *ergothérapie*, J-Ph Guihard propõe visualizar

grec para qui signifie à côté. Pour Guihard, il s'agit, et c'est un jugement de valeur inacceptable bien entendu, d'une discipline marginale. C'est précisément oublier ici que «c'est la marge qui tient le texte». Autrement dit, sans *ergothérapie*, sans *ergothérapeutes*, il n'y a pas de médecins ou médecine qui vaillent, aussi bien pour la réhabilitation fonctionnelle que pour le domaine de la santé mentale.

Pareille classification entre disciplines et professions, les unes médicales les autres dites paramédicales constitue le dernier avatar d'une longue histoire, qui plus est, typiquement française. Aux uns seraient échus le savoir scientifique de type universitaire, à base de diagnostic, de traitements, d'opérations et de pronostic; aux autres les soins, puis la technicité au sortir d'une formation courte. Pareille dichotomie relève, en fait, d'un acte de pouvoir qui n'a pas cours dans les deux Amériques, où *l'ergothérapie* est enseignée non seulement à l'université, ou sein de départements autonomes des Facultés de Médecine, mais aussi des Centres de Perfectionnement où se trouvent réunis l'enseignement, la clinique et la recherche. Si de centres manquent à l'appel en France, malgré la présence de stages de formation continue, s'il n'y existe pas de cours de spécialisation, il faut y voir l'indice de l'immobilisme du statut de la profession depuis une trentaine d'années, dans la mesure où elle n'exerce pratiquement pas dans le secteur libéral, ni pour les patients, ni dans les entreprises, à la différence du Brésil ou du Canada.

Parce que, dans une certaine mesure, connaître revient à comparer dans le temps et dans l'espace des situations distinctes, il convenait relativiser les impressions et les effets qui sont le propre d'un professionnel qui a une expérience limitée à celle de son pays d'origine.

Au-delà d'une vision hiérarchique et scientifique de *l'ergothérapie*, J-Ph. Guihard propose

o futuro da *ergothérapie* e sua mutação em *ergologie*. Aqui ainda ele parte de uma constatação: *l'ergothérapie* é uma profissão, tal qual a medicina. Isto é verdadeiro e falso ao mesmo tempo. Verdadeiro juridicamente, falso simbolicamente e socialmente falando. Ainda mais, é oportuno distinguir aqui profissão técnica e profissão liberal ou universitária. Dispor-se de reservas de domínio do estatuto profissional para definir *l'ergothérapie*, é um limitador que não serve à *ergothérapie* na França.

Em vez disso, coloca-se a questão de sua identidade amena a serviço e à visualização de sua evolução. Uma análise etimológica do termo francês (*ergon* et *thérapie*) é suficiente para esclarecer. Cada ser humano, qualquer que seja, é dotado de uma capacidade, de um potencial a realizar uma obra (*ergon*) em sua vida, realizando suas atividades. E, ele pode fazer mesmo que sofra de algum impedimento de qualquer natureza, quando usa isso que faz a especificidade humana: "saber-poético" ou *poiésis* (termo similar), isto é, a maneira de ser que lhe é própria. Nessa perspectiva, essa é arte de fazer aceitar uma transcendência, do particular para o universal, de um instante para a eternidade. Dessa forma há ritmo no tempo, ocupa-se o espaço, canta-se e chora-se a vida que se desvanece, domesticando a irreversibilidade do tempo, fazendo em pedaços seu *pathos*, (aqui no sentido psicossocial). A segunda parte da palavra *ergothérapie* provém do grego antigo *therapeuin*, que significa cuidar de qualquer um ou de qualquer coisa, ocupar-se de, cuidar de, prestar atenção a alguém ao custo de uma certa *philia* (amizade), de acordo com uma determinada dinâmica. Ora, o que significa em sânscrito o radical da palavra medicina? Exatamente a mesma coisa! Mas um autor em medicina não é obrigatoriamente um bom médico se ele não se interessa mais do que pela patologia do paciente.

d'envisager le devenir de *l'ergothérapie* et sa mutation en *ergologie*. Ici encore il part d'une constatation : *l'ergothérapie* est une profession, au même titre, écrit-il, que celle de médecin. Ceci est vrai et faux à la fois : vrai, juridiquement, faux symboliquement et socialement parlant. Qui plus est, il y a lieu de distinguer ici entre profession technique et profession libérale ou universitaire. Se cantonner du domaine du statut professionnel pour définir *l'ergothérapie* dessert plus qu'elle ne sert *l'ergothérapie* particulièrement en France.

En revanche, se poser la question de son identité amène à la servir et à envisager son évolution. Une analyse étymologique du terme français (*ergon* et *thérapie*) suffit à l'éclairer. Chacun être humain, quel qu'il soit, est doté d'une capacité, d'un potentiel à réaliser une œuvre (*ergon*) de sa vie en y appliquant ses activités. Et il est en mesure d'y parvenir, même s'il souffre d'un empêchement, de quelque nature qu'il soit, en mettant à profit ce qui fait la spécificité du genre humain : « savoir-poétique », ou *poiésis* (terme similaire), c'est-à-dire la manière d'être qui lui est propre. Dans cette perspective, cet art le fait accéder à une transcendance, celle du local par l'universel, celle de l'instant par l'éternité. De cette façon, il rythme le temps, occupe l'espace, chante et pleure la vie qui s'enfuit, apprivoise l'irréversibilité du temps, fait pièce à son *pathos* (ici ou sens psychosocial). La seconde partie du mot *ergothérapie* provient du grec ancien *therapeuein*, qui signifie prendre soin de quelqu'un ou de quelque chose, s'en occuper, le soigner, lui prêter attention au prix d'une certaine *philia* (amitié) selon une certaine dynamique or, que signifie, en sanscrit la racine du mot médecin ? Exactement la même chose Mais un docteur en médecine n'est pas obligatoirement un bon médecin, s'il ne s'intéresse qu'à la pathologie du patient.

Hierarquicamente ele está na posição superior de uma equipe dita de cuidadores, após 700 anos de faculdades de medicina na Europa, sobretudo a partir do fim do século XIX. Equipe esta formada por enfermeiros e enfermeiras, parteiras, psicólogos, psicomotricistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais (na França, a maioria é de mulheres, pertencentes ao “segundo sexo” e dotadas de uma natureza dita feminina, que as leva a obedecer ao médico homem).

Dito de outra forma, um bom chefe é reconhecido pela sua equipe e pelos outros quando se dedica a “pôr em marcha” o serviço. *L’ergothérapie* não tem porque se enrubescer de sua identidade nem de sua origem. Tomando em consideração a questão da saúde, do equilíbrio do paciente¹, de sua adaptação e de sua inserção no meio e na sociedade, ela faz aquilo que não faz o corpo médico. A esse respeito, ela é não somente útil, mas necessária; e ela está em vantagem, notadamente em relação aos acidentes domésticos ou rodoviários, assim como pelo envelhecimento da população em países ditos desenvolvidos. Conjugando no cotidiano humanismo e tecnologia, *l’ergothérapie* sabe buscar diferentes recursos para as diferentes disciplinas existentes nos fundamentos de sua ação terapêutica, sistematizando-as na sua própria prática clínica.

Ela não pode ser senão pluridisciplinar na medida em que ajuda pessoas com déficits a partir de seus “núcleos” de saúde, para descobrir suas formas de agir no mundo e sobre o mundo. Ela trata de casos individuais, que têm uma certa etiquetagem médica, que ela leva em conta, de forma criativa, fazendo o indivíduo participar da reconquista no dia seguinte de uma busca: aquela de uma via possível ao preço de um caminho que se inscreve na “duração”². A esse título ela pode se impor como uma disciplina e figurar em boa praça entre as disciplinas que se preocupam com o bem estar do gênero humano.

Et, comme hiérarchiquement, il est en position de supériorité depuis 700 ans qu’ont été créées les premières Facultés de Médecine en Europe, il s’est entouré, surtout à partir de la fin du XIX^e siècle, d’une équipe appelée soignante : infirmiers, infirmières, sages-femmes, psychologues, psychométriciens, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, dont, en France la majorité sont des femmes appartenant au «second sexe» et dotées d’une nature soi disant féminine qui les aurait portées à obéir au médecin homme !

Autrement dit, un bon chef se reconnaît à son équipe, à ceux et à celles dont il s’entoure pour faire «faire marcher» le service. Mais en aucune façon, *l’ergothérapie* n’a à rougir de son identité ni de ses origines. Prenant en considération la question de la de la santé, de l’équilibre du patient¹, de son adaptation et de son insertion dans milieu et dans la société, elle fait ce que ne fait pas le corps médical. A ce titre, elle est non seulement utile, mais nécessaire ; et elle est en passe de l’être davantage, notamment en raison des accidents domestiques ou des accidents de la route, mais aussi à cause du vieillissement de la population dans les pays dits développés. Conjuguant au quotidien humanisme et technicité, elle sait puiser à différentes sources, à différentes disciplines existantes les fondements de son activité thérapeutique, en les synthétisant dans sa propre pratique clinique.

Elle ne peut être que pluridisciplinaire dans la mesure où elle aide la personne déficiente, à partir de ses «noyaux’ de santé, à recouvrer ses façons d’agir dans le monde et sur le monde. Traitant de cas individuels, qui ont certes reçu un étiquetage médical, elle est en mesure, de façon créative, de les faire participer à une reconquête au lendemain d’une quête : celle d’une vie possible au prix d’un cheminement qui s’inscrit dans la durée. A ce titre, elle peut s’imposer une discipline à elle-même et figurer en bonne place parmi les

Uma articulação entre seu corpo teórico e sua prática clínica pode ser elaborada, e os trabalhos de pesquisa, do tipo universitário, serem redigidos e publicados. Ensino, clínica e pesquisa podem construir o futuro, mesmo que bloqueios se manifestem na França, notadamente do lado do pessoal médico e político.

Notas

1 *Suíte*, en sens étymologique, de celui qui souffre (latin: *patior*)

1 Seguida, no sentido etimológico, daquele que sofre (latim: *patior*).

2 NT. O tempo que se *dura* e, segundo Henri Bergson, a sucessão das mudanças qualitativas dos nossos estados de consciência que se fundem sem contornos precisos e sem possibilidades de mediação.

disciplines qui se préoccupent du bien-être du genre humain. Une articulation entre son corps théorique et sa pratique clinique peut dès lors s'élaborer et des travaux de recherche, de type universitaire, être rédigés et publiés. Enseignement, clinique et recherche peuvent aller de pair à l'avenir, même si des blocages se manifestent en France, notamment du côté des personnels médical et politique.

Treinando ajudantes para pacientes com deficiência mental^{1 2}

Eleanor Clarke Slagle

Diretora Executiva da New York State Occupational Therapy Society

Copyright: Archives American Occupational Therapy, Baltimore, Md, October 20-22, 1991.

Tradução: Joana Benetton

Revisão: Viviane Maximino

Entre as posses valiosas da autora deste artigo está um fragmento autografado sobre Patologia Clínica e Psicoterapias, apresentado perante a Pathology Society of Chicago em Dezembro, 1892. Neste texto está escrito:

"A primeira entre muitas perguntas extremamente práticas que nós temos de responder a todos os indivíduos é a questão da higiene mental. O paciente pode fazer trabalhos que o distraiam e que tenham uma influência positiva sobre ele, trabalhar é ótimo, mas nós temos que nos preocupar com o fato de que existem dois tipos de energia. Uma mulher me disse que ela trabalha o dia inteiro, correndo pelos quartos mais ocupada do que nunca. Entretanto, isto não quer dizer energia, quer dizer mera excitação, inquietude e energia desperdiçada. Como regra os pacientes se surpreendem com o resultado quase inexistente de seu trabalho. Portanto o paciente, para poder realizar trabalhos de forma mais eficaz, trabalho mesmo, tem de dar tudo de si quando necessário e descansar quando tiver terminado. Se durante uma atividade o desejo de realizar outro tipo de trabalho ficar muito

impulsivo, isto tem de ser compreendido com um sinal de cansaço, indicando que está na hora de descansar. Deve-se evitar dar vazão a esta agitação nervosa, não somente no prazer mas no trabalho também. Eu ficaria muito agradecido se vocês acrescentassem esta questão na discussão sobre o tipo de trabalho que espera-se e recomenda-se às mulheres americanas."

Adolf Meyer

Trinta anos atrás a semente da Terapia Ocupacional foi plantada por um grupo que ficou conhecido pelos quatro cantos da terra como uma das maiores forças humanitárias trabalhando com problemas sociais, custodiais, correcionais e de dependência, na época. Eles não precisariam ser nomeados para este público: Dr. Adolf Meyer, Julia Lathrop, Jane Addams e Dr. Henderson. À sua visão e conhecimento nós devemos a primeira classe de treinamento de ocupações na 'Chicago School of Civics and Philanthropy', financiada pelo governo, com a idéia de despertar interesse nas enfermeiras e atendentes em algo além de cuidados e deveres rotineiros.

O segundo curso ainda era voltado para funcionários dos hospitais, mas abriu as portas para aqueles com treinamento dentro de instituições sociais e filantrópicas familiarizados com as necessidades dos pacientes em hospitais estaduais para insanidade mental. Seria presunçoso sugerir que as observações sobre "Training of Occupational Theraputists for Mental

Patients" (o Treinamento de Terapeutas Ocupacionais para Pacientes Mentais) contidas aqui vão de alguma forma servir como parâmetro para cursos de treinamento futuros, mas sim para relatar estas experiências luminosas que trouxeram resultados – resultados de tanta importância que gerou um documento sobre as formas e os meios, a razão ou a lógica se você preferir, para incorporar certos estudos teóricos e técnicos, e para enfatizar a relação de atividade dirigida para ajuste mental e reabilitação social durante todo o treino. Por reabilitação social eu quero dizer três grupos distintos – um grupo que irá provavelmente permanecer no hospital, o segundo grupo que poderá voltar à vida na comunidade e um terceiro grupo que poderá se aproveitar do trabalho direcionado com a compreensão em uma clínica pré-internação com a idéia e a esperança de prevenir a experiência de estar internado em um hospital.

Como um primeiro e mais importante fator para o treino, nós sugerimos a seleção do candidato para o treinamento em lugar da seleção do curso por uma pessoa que imagina que poderia se encaixar. Este julgamento não seria de uma pessoa, mas sim de um comitê, que se encarregaria de conhecer quais são as qualidades necessárias, e mesmo assim é humano errar na seleção final.

Para trabalhar com pacientes com deficiência mental, naturalmente escolheriam uma mulher mais velha. Não pensem que não há lugar para uma mulher mais nova... há sim! Mas a responsabilidade de treiná-las para entender comportamentos em termos de sintomas é algo que diretores e professores não estão preparados para assumir.

O fator da personalidade aos quais pacientes mentais reagem com uma sensibilidade aguçada, que não está presente em outros casos, é tão importante que nós devemos analisar quais são os atributos que parecem funcionar para cada personalidade. É tão difícil de descrever quanto

o fator conhecido como o moral. Nós sentimos o equilíbrio certo de qualidades, expressão física correta, uma voz doce, gentileza, paciência, habilidade e visão clara, capacidade de adaptação que tornará possível na maioria das circunstâncias encontrar as necessidades particulares de cada paciente individualmente ou, em outras palavras, para encenar o papel e a habilidade de viver, como se estivesse, pelo menos por um tempo, no mundo do paciente. Se o paciente por um acaso seja "uma noiva enfeitada" ou "A Rainha de Sabá" ou "um enviado especial do presidente", a habilidade de se enquadrar com um sujeito honrado será muitas vezes um começo para criar interesse em atividades normais. Personalidade mais caráter também quer dizer a habilidade de ser honesto e duro, com bondade, paciência e gentileza infinitas.

Na nossa presente compreensão da psiquiatria e métodos de profilaxia nós somos obrigados a assumir que uma das grandes necessidades apresentadas em nossos hospitais públicos hoje terá desaparecido para sempre nos próximos dez anos. Neste tempo nós já deveríamos ter eliminado qualquer atraso. Não importa o quão bem treinados sejam os trabalhadores ocupacionais dentro da sala de aula, só a partir da dedicação e de um amor genuíno à família humana para entender a direção e a participação em classes de treinamento de hábitos entre pacientes que estão nos hospitais há pelo menos cinco anos, ou vinte anos, e que baixaram para o nível mais baixo de animalidade. Para organizar um cronograma de vinte e quatro horas para estes pacientes, um cronograma no qual médicos, enfermeiras, atendentes, e terapeutas ocupacionais tomam parte, não tem sido fácil. Mas sabíamos que não poderíamos treinar funcionários para grupos seletos, a não ser que incluíssemos aquele grupo na forma mais baixa de vida – eles também tem direito a ter uma chance – e a autora deste artigo não pode fazer um tributo merecido àqueles que

ajudaram a criar este programa ou aos alunos que se dispuseram a participar. Eles foram capazes de demonstrar o que reeducação realmente quer dizer para pacientes com deficiência mental, e de vez em quando o estado de total abandono foi revertido a um paciente completamente aclimatado para atividades caseiras e comunitárias.

Então o nosso primeiro dever, quando treinamos o trabalhador ocupacional, é mostrar para eles qual é o problema; que na maioria das vezes, nossa vida é constituída de reações habituais. Ocupação usada de forma terapêutica serve para sobrepor alguns hábitos, para mudar outros e construir novos, com a finalidade de que as reações habituais serão favoráveis para a restauração e manutenção da saúde. É importante que os alunos entendam a interdependência do mental e do físico, para compreenderem que uma deficiência mental é maior que uma desabilidade física, por causa do preconceito tradicional contra as pessoas que sofrem de uma doença mental. No treinamento de hábitos, mostramos claramente o fator pedagógico e psicológico que o trabalhador ocupacional deve sempre prestar atenção com pacientes – quer dizer, a necessidade de precisar de atenção, de construir a partir do hábito da atenção – atenção que se transforma em aplicação voluntária e, com o tempo, consentida.

Não poderia deixar de enfatizar a necessidade de atividades que nunca acabam seguindo a mesma linha que o serviço de recepção, especialmente com o grande número de grupos de pessoas desempregadas e deterioradas encontradas em todas as instituições estaduais.

A construção do hábito para pacientes com demência precoce é extremamente importante. Se esse paciente tem uma desorganização de hábitos básica, então nós precisamos cada vez mais nos preocuparmos com as elaborações dos trabalhos que já foram começados em muitos hospitais.

Horatio Pollock, estatístico da comissão do New York State Hospital, em suas tabelas mais recentes dá a porcentagem somente deste tipo com representando 65% da população total de pacientes nos hospitais públicos, e de nosso ex-homens de serviço de quase 75% – números sobre os quais nós devemos refletir

Do grupo de treinamento de hábitos nós avançamos para o grupo de jardim de infância. Nossos possíveis professores devem aprender métodos para trabalharem em jardins de infância aplicados em um programa de reeducação. Nós devemos mostrar formas e jeitos de estimular os sentidos especiais. A utilização de cores, música, exercícios simples, jogos e contadores de história junto com ocupações, a forma e o jeito gentil que utilizamos para ensinar crianças, são igualmente importantes na reeducação de um adulto.

Um editorial recente continha este parágrafo pertinente:

“O olho é estética; o ouvido é pelo menos cultivado, a mente é um bárbaro repulsivo, precisando somente de um sarro ou um cutucão; esta energia deve ser devota a provocar, energizar, tonificar este organismo preguiçoso e velho, esta mente meio adormecida.”

Como no jardim de infância, notas são atribuídas a todos os exercícios manuais para casar as necessidades de cada paciente, pacientes são adiantados de acordo com estas notas, que seguem um certo princípio pedagógico básico observado na aplicação de terapia ocupacional. Quero dizer, atribuindo notas à ocupação a partir do simples para o mais complexo, passando do conhecido para o desconhecido, as tarefas devem ficar cada vez mais interessantes em um crescendo necessitando de um nível maior de concentração.

As conversas íntimas e informais do instrutor com os pacientes que estão avançando nas aulas

servem de base para o estudo de casos individuais. Progredindo para o centro ocupacional ou 'curative workshop', como é freqüentemente chamado, o aluno observa o paciente no seu processo evolucionário e é finalmente gratificado ao utilizar todo o seu conhecimento de uma atividade artesanal, ganho nos seus estudos técnicos, e ver trabalhos realmente belos realizados pelo indivíduo.

A partir do centro ocupacional, sempre ocupado com suas atividades esplêndidas, o estudante analisa e vê, como se fosse a imagem de seu mundo imaginário, o desejo de substituir interesses variados, as inibições, todo o campo emocional e a relação de todos os passos tomados em ajudá-lo a criar um programa de trabalho, descanso e brincadeira, correto e balanceado.

O centro ocupacional serve mais ou menos como um espaço de confirmação. Há então a adaptação do paciente a um meio totalmente novo e a outros membros do grupo que foram avançados até este ponto a partir de várias observações especializadas. Deste centro, pacientes são freqüentemente 'liberados', notas são cuidadosamente atribuídas a outros e se juntam ao grupo pré-industrial. Neste tempo, o estudante já aprendeu o sistema de análise ocupacional e começa a ver porque o sistema é de tremendo valor, e também começa a compreender a terminologia. O trabalho nas divisões ou trabalho nos grupos pré-industriais podem contribuir para o posição vocacional.

Enquanto nosso tratamento for treinamento, não pretendemos chamá-lo de treino vocacional em si – nem mesmo a manufaturas de objetos em hospitais com valor de venda indica que o produtor irá, uma vez que sair do hospital, entrar nesta linha como forma de ganhar sua vida.

Ao introduzir nossos estudantes ao departamento de terapia ocupacional, é justo mapear o plano

da administração do hospital, para que eles possam se familiarizar com o plano e segui-lo; conhecer os canais pelos quais um deve trabalhar, evitando trombadas. Eles são instruídos na etiqueta dos hospitais e na ética do comportamento profissional, também em suas relações com outros departamentos. Eles passam a compreender que são somente um dente em uma roda muito grande; que a força da roda depende de cada dente. O estudante também tem a oportunidade de participar de todo o trabalho físico, até mesmo fazer assistência no ginásio. A importância deste trabalho e as razões para que ele exista como uma parte do programa ocupacional fica evidente. A necessidade de criar ou recriar o espírito de brincadeira – uma necessidade talvez ainda maior entre os hospitais recebendo pacientes das cidades grandes, porque a grande maioria deles teve pouca oportunidade para brincadeiras espontâneas em qualquer época da vida.

Quantos aqui presentes viveram em uma parte congestionada da cidade e assistiram crianças dia após dia em sua persistência vã para continuar a brincar. Enquanto o trânsito em uma rua é temporariamente suspenso, o jogo começa, um carro passa e o jogo pára. E enquanto o fluxo do tráfego continua, o espírito do jogo desaparece, e nós temos o que Jane Addams decreveu tão claramente como "a passividade fatal que leva a desvios sociais, que em sua maioria levam às instituições do Estado ou de outro tipo." Portanto, nós incluímos jogos, danças folclóricas, porque são embasados no espírito de brincadeira, ginástica, atividades nos parquinhos, jogos competitivos etc. Uma das forças trabalhando na comunidade é uma série de jogos competitivos começados pelo time de fora Y e os pacientes do hospital. É importante que estudantes contribuam com algo para esta parte do programa. Quase tão importante é a instrução

que recebem ao comprar, nos cuidados com o equipamento e a utilização de todos os materiais, isto aumenta o conhecimento sobre materiais desnecessários, além do conhecimento de materiais crus, fontes de suprimento, e as possibilidades do grande desenvolvimento nessa linha dentro do departamento. Desta forma, aprendem a ter respeito pelo utilitário e reconhecem aquilo que Ruskin chama de "stout craftsmanship", que é tão facilmente aplicável ao seu trabalho.

Desde o começo do treinamento em práticas hospitalares, os estudantes aprendem o valor de notas precisas, que um fato não precisa ser arrumado em forma de narrativa, e que a rapidez em manter as fichas e formulários agora requeridos é uma parte importante de seu trabalho.

Um dos objetos apresentados neste artigo tem sido duelar com o lado interpretativo do treinamento ocupacional para trabalhadores com pacientes. Na observação do escritor, todas as escolas existentes ministram bons cursos médicos, sociais e de artesanato, mas a aplicação para pacientes com problemas mentais, a análise de problemas no trabalho, ensinar o estudante trabalhador a aplicar e observar, isto deve ser

feito por alguém totalmente familiarizado com as necessidades. Portanto, a interpretação íntima (?) foi apresentada; todos os outros passos colocados aqui foram testados e considerados ótimos; centenas de pacientes foram ajudados; e o trabalho incentivou outros a uma licença ou alta mais eficiente; e centenas de outros se tornaram ativamente felizes dentro das comunidades hospitalares – o melhor testemunho para sabermos se vale a pena inaugurar este sistema e treinar pessoas para continuá-lo.

O sucesso de qualquer programa de reabilitação – contando que todos os seus estágios são importantes, além da rapidez com que são realizados – depende fortemente da Terapia Ocupacional, da persistência, versatilidade e paciência do terapeuta ocupacional.

Notas

¹ Artigo apresentado na primeira reunião anual da National Society for the Promotion of Occupational Therapy (hoje conhecida como American Occupational Therapy Association) em Baltimore, Outubro 20-22, 1921

² Nota da revisora: optou-se por manter o termo deficiência mental porque, na época em que este artigo foi apresentado, esta doença era classificada entre os transtornos psiquiátricos e também porque a autora está se referindo a pacientes crônicos institucionalizados que geralmente apresentam comprometimentos associados à situação asilar.

Desembaraçando ocupação e atividade

Doris Pierce, PhD, OTR/L, FAOTA,
Endowed Chair in Occupational Therapy,
Eastern Kentucky University, 103
Dizney Building, 521 Lancaster Avenue,
Richmond,
Kentucky 40475;

doris.pierce@eku.edu.

Copyright: Untangling Occupation and Activity
by the AJOT, March/April 2001, V:55, n:2; by
the American Occupational Therapy
Association, Inc. Reprinted with permission.

Tradução: Joana Benetton

Revisão: Cecilia Cruz Villares

Palavras-chave: classificação – atividades e
ocupações humanas – ciência ocupacional

Atividade e ocupação são dois conceitos centrais
de terapia ocupacional que precisam ser
diferenciados.

Ocupação é definida aqui como uma
experiência única construída por uma pessoa
dentro de um contexto único.

Atividade é definida como uma idéia geral,
compartilhada culturalmente, sobre uma categoria
de ação. A compreensão das questões de
subjetividade e contexto, relativas aos conceitos
de ocupação e atividade, é um elemento-chave
para podermos desembaralhar os dois termos.

A diferenciação proposta destes dois conceitos
em definições distintas é congruente com suas
origens históricas e com tendências atuais de

definição. Se ocupação e atividade são
reconhecidas como dois conceitos separados,
porém de mesma importância, elas oferecem
uma série de relações teóricas muito ricas a serem
exploradas.

A diferenciação entre ocupação e atividade trará
uma clareza que irá enriquecer o discurso dentro
da disciplina e da pesquisa, e também aumentará
a eficácia de intervenção, a confiança e a força
política da profissão.

Ocupação e atividade são dois conceitos
centrais em terapia ocupacional, porém seus
significados têm permanecido entrelaçados desde
o começo da profissão. Os termos ocupação e
atividade são em geral usados de maneira
intercambiável (Golledge, 1998). A falta de
diferenciação entre os dois produz um efeito
desanimador no discurso disciplinar, impede a
pesquisa, reduz a confiança e a efetividade dos
profissionais, e abafa a voz política da profissão.
Tal como o desatar de um nó em um projeto
macramé ou liberar uma peça-chave de um
puzzle, desembaraçar o significado de ocupação
e atividade liberará travas na disciplina e na
profissão. Eu afirmo neste artigo que ocupação e
atividade são dois conceitos distintos, com
problemas e potenciais específicos. Já é hora de
separar ocupação de atividade.

A ânsia de questionar as definições dos conceitos
principais de um campo de estudo é irresistível
para acadêmicos. Estes debates revelam uma
cultura acadêmica saudável e envolvente, que

1996; Wood, 1996). No campo da antropologia já foram propostas mais de 500 definições de cultura (Moore, 1992). Os antropólogos vêem a cultura como algo sempre presente e agindo em todos os aspectos da vida, e isso é típico da perspectiva de uma disciplina sobre a sua construção central. Definições dos conceitos centrais são a base das pesquisas de uma disciplina e formam a tradição de pesquisa a partir de suas ênfases e de seus valores.

Em terapia ocupacional, a necessidade de definições claras de ocupação e atividade é também instigada por forças competitivas no atual contexto do sistema de saúde. A reivindicação de uma fatia do mercado pela profissão é sustentada pela definição de como ocupação e atividade dão sentido à vida humana, e como possuem poder terapêutico para a recuperação. A American Occupational Therapy Association [AOTA], talvez impaciente com a lentidão das publicações e com as deliberações conflituosas dos acadêmicos, têm tentado clarificar conceitos através de comitês e documentos oficiais (AOTA, 1983, 1994, 1995). Entretanto, não é função de associações profissionais criticar teorias ou criar conceitos novos. "O propósito de uma profissão é prover um serviço necessário para a sociedade. O propósito de uma disciplina é gerar e refinar um corpo de conhecimento." (Ottenbacher, 1996, p.329). Felizmente, os acadêmicos permanecem fiéis a sua natureza e a discussão acerca do tema está crescendo.

Para desfazer o emaranhado entre ocupação e atividade, várias estratégias já foram sugeridas. Nelson (1997) propôs que baníssemos o conceito de atividade e aderíssemos apenas à ocupação. O advento da ciência ocupacional (Zemke & Clark, 1996) parece ter estabelecido um selo acadêmico para o conceito de ocupação, enquanto que o conceito de atividade recebeu pouca atenção empírica. Alguns autores tentaram

estabelecer uma relação de hierarquia entre ocupação e atividade (AOTA, 1994, 1999; Cynkin, 1995; Gray, 1997). O uso de estruturas categóricas como forma de organizar vários conceitos importados tem uma história respeitável em Terapia Ocupacional (AOTA, 1999; Christiansen, 1994, 1996; Lampion, Coffey, Hersch, 1993; Gray, 1997; Kielhofner, 1997; Mosey, 1992; Trombly, 1995; Yerxa, 1998). Entretanto, com base na discriminação de definições proposta aqui, construir ocupação e atividade como subclasses uma da outra não será lógico (Foucault, 1970; Russell, 1989). Além disso, este empenho agrava contra a compreensão de dois conceitos como entidades distintas igualmente importantes.

Neste artigo eu proponho definições de ocupação e atividade que desembarquem esses termos em dois conceitos igualmente válidos. As definições serão seguidas de (a) uma explicação de como atividade e ocupação são diferentes em relação à sua forma de lidar com subjetividade e contexto; (b) uma descrição da congruência de definições propostas de ocupação e atividade com suas origens históricas e definições atuais; e (c) uma breve revisão das relações potenciais entre os dois conceitos. Por fim, eu comento sobre como poderemos fortalecer a disciplina e a profissão ao separar estes dois conceitos centrais.

Definições propostas de ocupação e atividade

Uma ocupação é uma experiência individual singular e específica, construída pessoalmente e não reprodutível. Isto é, uma ocupação é um evento subjetivo que ocorre numa dimensão percebida de espaço, tempo e condições sócio-culturais, que são únicas naquele momento específico. Uma ocupação tem uma forma, um ritmo, um começo e um fim, um aspecto

compartilhado ou solitário, um sentido cultural pessoal e um número infinito de outras qualidades contextuais percebidas. Uma pessoa interpreta a sua ocupação antes, durante e depois destas acontecerem. Embora uma ocupação possa ser observada, a interpretação do sentido ou conteúdo emocional de uma ocupação dada por outra pessoa além daquela que vivenciou aquele momento é necessariamente inexata.

Uma atividade é uma idéia que está na mente das pessoas e em sua linguagem cultural compartilhada. Uma atividade é classe geral de ações humanas culturalmente definidas. O significado dado pelo senso comum de atividades como brincar ou cozinhar nos possibilita comunicarmos de forma acessível e ampla em termos gerais sobre categorias de experiências de ocupação. Uma atividade não é vivenciada por uma pessoa específica, não é observável como um acontecimento e não é localizável em um contexto espaço-temporal e sociocultural.

Exemplos: diferenciando ocupação e atividade usando as definições propostas

Para ilustrar a diferença entre as definições, pense sobre "comer". A idéia de comer provavelmente irá instigar uma série de imagens e pensamentos, todos envolvendo comida: sensações, ações, talvez uma imagem comercial, lugares onde comemos, utensílios comuns e talvez imagens algo periféricas do ato de cozinhar. Quando alguém fala sobre 'comer' para um grupo, cada ouvinte cria uma representação mental diferente, entretanto todos compartilham a noção de que comer é uma atividade, ou uma classe de ações compartilhadas culturalmente definidas. Comer é uma idéia; "trabalhar" ou fazer "bungee-jumping" são outras idéias gerais de atividades. Uma pessoa não precisa ter feito uma atividade para compreender o seu sentido cultural.

Agora, lembre-se do seu café da manhã hoje

cedo. O que vem à mente pode ser quando e onde você tomou café, o que você comeu, o seu humor naquele momento, o que significou ter tomado café da manhã naquele momento, quem estava lá, outras coisas que estavam acontecendo à sua volta, seus pensamentos enquanto comia, os pontos iniciais e finais, e a seqüência, as luzes, os sons, os cheiros, gostos e texturas. Foi uma experiência, a sua experiência, e nunca mais será repetida daquela forma exata. Teve um certo sentido em sua vida. Foi totalmente situada em um contexto real – o tempo, o lugar, o grupo social e o sentido cultural que você apreendeu naquele momento. Tomar café da manhã esta manhã hoje cedo foi uma ocupação.

O primeiro nó para desatar atividade e ocupação: subjetividade

Uma perspectiva-chave para diferenciar ocupação e atividade é a subjetividade. Uma ocupação é a experiência de uma pessoa, que é o único autor do significado da ocupação. Atividades são categorias descritivas mais gerais, cujos significados são compartilhados culturalmente e não se originam em uma pessoa.

Exemplos: diferenciando atividade e ocupação em termos de subjetividade

Considere o exemplo de "comprar". Comprar pode acomodar todos os tipos de pessoas, contextos e sentidos diários. Comprar é uma atividade – uma idéia geral compartilhada culturalmente sobre esse fazer. Mas quando compradores são abordados com a pergunta sobre o que estão fazendo, eles relatam experiências ocupacionais específicas. "Eu estou procurando um anel de noivado." "Eu estou construindo um deque e preciso de 14 buchas de seis centímetros." "Eu só estou curtindo!" Cada pessoa relata sua ocupação imediata, subjetiva e construída individualmente.

A importância de valorizar a perspectiva individual em ocupação

Ocupações e atividades são intimamente relacionadas porque a experiência pessoal é formada por, e forma, a experiência cultural compartilhada (Bourdieu, 1977; Heidegger, 1962; Malinowski, 1978). Harris (1981) descreveu a existência complementar dos sentidos 'emic' (a partir de 'phonemic'), o significado interpretado individualmente, e 'etic' (a partir de 'phonetic'), que é derivado de uma classificação cultural (Christiansen, 1994; Pierce and Frank, 1992). As duas perspectivas são essenciais para os terapeutas ocupacionais, tanto na prática clínica como no campo da pesquisa.

Ao definir ocupação como uma experiência pessoal, construída pelo indivíduo (perspectiva 'emic'), os valores humanísticos da profissão estão claramente representados dentro de uma definição básica a partir da qual o ensino, a pesquisa e a prática podem ser construídas. A profissão privilegia a interpretação pessoal da experiência sobre aquela da cultura (Yerxa, 1983, 1991). A formação do terapeuta ocupacional busca desenvolver um profissional que compreenda a experiência da doença e busque a mudança a partir das experiências de ocupação de seus pacientes (Mattingly & Fleming, 1994). Para o terapeuta ocupacional, uma vida bem vivida é definida pela pessoa que a está vivendo. O crescente uso de metodologias qualitativas na pesquisa de terapia ocupacional é uma indicação do compromisso da profissão com a perspectiva subjetiva (Carlson & Clark, 1991; Yerxa, 1991). O maior foco teórico das pesquisas na questão da ocupação em relação à atividade, também sugere que a perspectiva 'emic', construída subjetivamente, é mais valorizada que a perspectiva 'etic' fornecida pelo conceito de atividade.

A importância de valorizar a perspectiva cultural em atividade

Contudo, a perspectiva 'etic' de idéias compartilhadas culturalmente sobre o fazer não deve ser descartada. Atividades oferecem ao campo um modelo geral descritivo e preditivo a respeito da experiência humana típica. Trabalhar, brincar, cuidar-se, descansar e tudo o que se relaciona a estas práticas, são atividades. Atividades também são repletas de valores culturais, como por exemplo, o jeito "certo" de fazer algo. Estes valores podem atuar como guias testados através do tempo para a experiência ocupacional ou como sistemas opressivos que limitam a liberdade e a criatividade. Por exemplo, na cultura ocidental, o trabalho pago é extremamente valorizado, enquanto o trabalho doméstico e a diversão têm um valor muito baixo (Primeau, 1996). Por causa dos significados culturais que representam, idéias de atividade raramente poderão ser aplicadas de uma cultura para outra. Cada cultura terá as suas próprias idéias de atividade. Terapeutas ocupacionais devem conhecer as normas e as expectativas inerentes às idéias de atividade e as opções de atividades comumente consideradas pelas pessoas de acordo com sua idade, sexo, ou cultura.

O segundo nó para desatar atividade e ocupação: Contexto

A segunda principal perspectiva, para diferenciar ocupação de atividade, é o contexto. Existe uma diferença significativa entre o contexto de uma experiência ocupacional que não podemos repetir e que podemos localizar especificamente, e as expectativas flexíveis e gerais sobre contexto que são associadas a uma idéia de atividade.

Contexto é comumente concebido como algo que existe além ou em volta de uma pessoa, e que possui dimensões espaciais, temporais e socioculturais. (Pierce, em impressão) Contexto

espacial inclui o corpo a partir do qual uma pessoa age, além de os objetos, espaços e condições do seu ambiente físico. Contexto temporal inclui a hora do dia, a seqüência, a duração e outras qualidades temporais. O contexto sociocultural inclui pessoas, relações, instituições e significados sociais e culturais da situação. Em uma ocupação, a pessoa percebe o contexto como uma dimensão rica, sensorial da experiência. A ocupação é concretizada e localizada em um dado contexto. Idéias de atividade, por sua vez, vêm carregadas de expectativas contextuais relativamente flexíveis.

Exemplos: contextos de ocorrência de ocupação, contextos prováveis de atividade

Considere "acampar" como um exemplo da forma como o contexto difere entre ocupação e atividade. A experiência ocupacional de acampar de uma pessoa terá condições especificamente percebidas: quem estava lá, o tempo, as paisagens, as caminhadas – todo o contexto espacial, temporal e sociocultural da experiência. Por outro lado, a atividade de acampar é uma idéia com implicações gerais em relação ao contexto: talvez uma barraca na floresta, um ritmo lento, uma fogueira. Há flexibilidade e falta de detalhes na idéia de atividade. Acampar poderia também acontecer na neve no Ártico ou na areia, em uma praia. O contexto da atividade não é real no sentido de que ela não acontece realmente, portanto não é percebida. Em uma idéia de atividade, o contexto é apenas uma associação geral ou uma probabilidade. O contexto da atividade existe na mente das pessoas de uma cultura, entre as versões variáveis de uma idéia de atividade.

A Impossibilidade de repetição de uma ocupação devido ao contexto temporal

A natureza não-repetitiva do contexto da ocupação a diferencia ainda mais da atividade. Os aspectos espaciais e socioculturais de uma

ocupação até podem ser de alguma maneira reproduzíveis, mas isto seria muito incomum. O contexto temporal é impossível de se repetir. Ocupações têm um dia, uma hora, uma duração, um ritmo e uma seqüência que não irão se repetir no fluir do tempo. É claro que o tempo pode ser percebido como sendo cíclico (Hall, 1983). Em ocupações altamente ritualizadas, por exemplo, pode-se sentir a emoção de estar repetindo experiências passadas. Ainda assim, uma pessoa não é a mesma cada vez que ele ou ela se envolve em uma ocupação ritualística, e a experiência é sempre diferente. E mesmo o mais ardente defensor de uma visão cíclica do tempo também opera em uma percepção do tempo linear no dia-a-dia e está sujeito a um tempo de vida que é, infelizmente, limitado. Assim, a impossibilidade de repetição de uma ocupação estabelecida pela linearidade do tempo é uma diferença crucial entre ocupação e atividade. Uma ocupação acontece somente uma vez. Atividades não existem no decorrer do tempo, a não ser de forma variada, como uma idéia sendo comunicada, ou na mente das pessoas de uma cultura.

Análise crítica das origens históricas e visões atuais sobre ocupação e atividade

A diferenciação proposta neste artigo é sustentada pela análise crítica das perspectivas históricas e atuais sobre atividade e ocupação. Os dois conceitos têm origens teóricas distintas que se encaixam com as definições propostas aqui. Apesar do vasto emaranhado dos significados de ocupação e atividade, as definições atuais de ocupação movem-se na direção de identificá-la com uma experiência individual, enquanto que definições atuais de atividade enfatizam cada vez mais uma idéia culturalmente compartilhada sobre a ação humana. A congruência das definições de

atividade e ocupação propostas com suas raízes teóricas e tendências atuais de definição, sustenta a utilidade potencial da diferenciação dos dois conceitos para a disciplina e para a profissão.

Inícios separados: origens históricas de atividade e ocupação

A análise de atividade nasceu da adoção entusiasta por nossos fundadores das teorias de Frederick Taylor (1911/1967) e de Frank e Lilian Gilbreth (1911, 1916/1973a, 1916/1973b, 1920/1973c), que descreveram as atividades industriais em termos da melhor performance de um trabalhador treinado (Creighton, 1992; Peloquin, 1991). Essas teorias apoiaram as descrições detalhadas das ferramentas, dos movimentos e das ações dos músculos e ligamentos de diferentes tipos de trabalhos físicos e industriais. Frank Gilbreth (1991) foi nomeado membro fundador da "National Society for the Promotion of Occupational Therapy" (Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional). Na França, Amar (1919/1980) adaptou a abordagem de atividades industriais para a reabilitação de veteranos da Primeira Guerra Mundial. Ele avaliou cuidadosamente a física das funções do trabalho, usando goniômetros e dinamômetros. Os veteranos eram então treinados para retomar estas funções através de exercícios físicos graduados, do aprendizado de atividades manuais e da utilização de próteses. Nesta abordagem de análise de atividades, o padrão culturalmente correto guiava a intervenção. A Terapia Ocupacional nos Estados Unidos incorporou diretamente a teoria de eficiência industrial como o que havia de mais avançado naquele tempo, fazendo do *expertise* em atividade o cartão de visitas da profissão (Creighton, 1992; Peloquin, 1991).

O significado de ocupação não está enraizado na análise padronizada de tarefas, mas sim na

experiência da pessoa (Clark, Wood & Larson, 1998; Meyer, 1922/1977; Peloquin, 1991). Ao adotar os valores do movimento de tratamento moral, os fundadores da Terapia Ocupacional enfatizaram a perspectiva da pessoa envolvida na intervenção e as mudanças em suas atitudes, habilidades e saúde. O treino de hábitos visava a ajudar o cliente a se organizar dentro de uma rotina diária saudável (Slagle, 1922). Em seu treinamento, os terapeutas eram incentivados a "buscar o coração" (Carlova & Ruggles, 1946, p.249) ao procurar desenvolver ocupações terapêuticas sob medida, que fossem tocar e reabilitar pessoas específicas. Em 1919, Dunton pediu que fossem realizadas pesquisas sobre a forma diferenciada com que cada cliente vivenciava a experiência da ocupação (Peloquin, 1991). Os valores do Movimento de Artes e Artesanato são claramente entrelaçados na definição de ocupação: a importância dos trabalhos artesanais, a qualidade da experiência de cada trabalhador e um espírito de resistência aos efeitos massificantes da industrialização (Clark et al., 1998; Cross, 1990).

Revisando as origens históricas de ocupação e atividade, podemos ver que o emaranhado de suas definições tem origem em uma dinâmica entre duas perspectivas teóricas distintas que foram incorporadas simultaneamente na base do conhecimento da profissão em seus primórdios. As teorias iniciais a partir das quais estes dois conceitos brotaram eram distintas, especialmente na ênfase que davam à interpretação e à experiência da pessoa que estava sendo tratada na terapia ocupacional. Ademais, o campo ainda era novo e o trabalho de diferenciar estas perspectivas relacionadas não era uma das questões mais importantes. Hoje estamos em um momento propício para uma teoria mais crítica e o emaranhado pode ser desfeito.

Definições atuais de atividade e ocupação: Uma diferenciação emergente

Existem muitas definições de ocupação e menos definições de atividade. As definições de ocupação diferem em seu propósito: comemorativa (Clark et al., 1991; Yerxa et al., 1989), funcionalista (Crabtree, 1998), ou baseada em uma estrutura teórica distinta (Barrett & Kielhofner, 1998; Nelson, 1996, 1997; Wu & Lin, 1999). Praticamente todas as definições de ocupação se apóiam na palavra 'atividade'. É interessante notar que a necessidade de definir atividade não se faz tão evidente. Talvez acadêmicos tenham rejeitado o conceito de atividade considerando-o um conceito de menor valor para investigações (Golledge, 1998; Nelson, 1997). Entretanto, uma revisão das definições atuais demonstra que os dois conceitos estão ficando cada vez mais claros, separando-se simetricamente com a diferenciação proposta aqui.

A adoção do conceito de atividade intencional pela AOTA é importante para a compreensão atual do conceito de atividade. Em um artigo onde expressa sua posição, a AOTA (1983) declarou que atividades terapêuticas deveriam incluir um objetivo que fosse discernível para o cliente. Pesquisas deram suporte a esta posição demonstrando que atividades intencionais eram mais efetivas do que exercícios mecânicos, repetitivos (Lin, Tickle-Degnen, & Coster, 1997; Steinbeck, 1986; Trombly, 1995; Yoder, Nelson & Smith, 1989). Um exame dos métodos pelos quais estes estudos atribuíram propósito à atividade mostra que o foco destes estudos não era o quanto atividades terapêuticas eram mais ou menos valorizadas pelos clientes, mas se exercícios repetitivos e modalidades passivas eram tão eficientes quanto atividades com objetivos claros desenvolvidas pelo terapeuta, tais como operar uma furadeira com um pedal ou mover uma bola de pingue-pongue ao espremer um tubo de ar (Breines, 1984; Steinbeck, 1986). Com base nestas

evidências, 'atividade intencional' apresenta uma evidente falta de atenção ao contexto (Golledge, 1998).

Cynkin (1995) definiu atividade como "o resultado observável do uso das mãos ao serem energizadas pela mente e pela vontade" (p.9), uma clara adoção dos termos usados por Reilly (1974) para descrever o comportamento ocupacional. Para Cynkin, a diferenciação entre ocupação e atividade é uma questão de escala. Ocupações são categorias socioculturais amplas tais como trabalhar, brincar ou cuidar-se. Atividades são as ações mais específicas que vão constituir aquelas categorias maiores. A análise de atividades, tal como é ensinada hoje, foi largamente convertida e organizada num formato da terminologia uniforme da profissão (AOTA, 1994) que claramente delinea os aspectos componentes da atividade a ser analisada (Lampert et al., 1993).

Crepeau (1998) descreveu a análise de atividade como incluindo três aspectos. A "análise de atividade focada em uma tarefa" (p.136) é uma forma de compreender formas típicas de fazer as coisas, seus significados culturais e habilidades envolvidas. A "análise de atividade focada na teoria" (p.145) acrescenta uma teoria da prática à análise de atividade focada em tarefas para gerar idéias para seu uso terapêutico e para a adaptação das atividades. A "análise de atividade focada no indivíduo" (p.146) combina as duas outras formas de análise focando os problemas, os interesses e o estilo de vida específico de cada pessoa. A abordagem da análise de atividade para a intervenção de Crepeau é baseada na compreensão de atividades como grandes idéias culturais do fazer que podem ser analisadas em sua generalidade.

Em um livro sobre as idéias gerais compartilhadas sobre ações humanas na cultura ocidental, Fidler e Velde (1999) reconheceram que usaram os

usaram os conceitos de atividade intencional e ocupação de maneira intercambiável. Embora Fidler e Velde tenham descrito brevemente o mundo interno, o simbolismo e a avaliação dos estudantes de sua experiência nos laboratórios de atividade, seu foco principal era a descrição das categorias de senso comum com relação à ação na cultura ocidental, como brincar, jogar, atividades ao ar livre (p.ex.: acampar, pescar), artesanato, autocuidado, artes e ocupações profissionais.

Esta breve revisão das definições de atividade demonstra que o significado do conceito de atividade está lentamente se tornando mais claro. As definições se mantêm próximas às suas raízes históricas na teoria da eficácia industrial, bem como à ênfase na ação com objetivos precisos que está no centro do artigo de posicionamento sobre atividade intencional da AOTA (1979). Atividade vai sendo identificada cada vez mais na profissão como uma idéia culturalmente compartilhada de ação humana.

Em um artigo de posicionamento da AOTA, um painel composto por profissionais qualificados procurou "diferenciar o termo ocupação de outros termos para sintetizar crenças tradicionais sobre sua natureza e seu valor terapêutico e para identificar fatores que têm impedido o estudo e a discussão do conceito de ocupação". (AOTA, 1995 p.1015). O artigo descreve as inúmeras dimensões de ocupação, do contextual ao espiritual, e faz uma revisão dos principais termos associados com ocupação. Em sua sabedoria, o painel de especialistas não arriscou uma definição de ocupação.

Alguns autores têm definido ocupação de forma a acomodá-la em uma teoria identificada. O Modelo de Ocupação Humana (The Model of Human Occupation) se reporta essencialmente ao conceito de comportamento ocupacional de Reilly (1974), ou "aquelas atividades que ocupam o tempo de uma pessoa, envolvem uma realização

(no sentido de resultado) e remetem às realidades econômicas da vida" (Barrett & Kielhofner, p.525). Nelson (1997) definiu ocupação como "a relação entre uma forma e uma performance ocupacional. Performance ocupacional significa o fazer. Forma ocupacional significa o objeto ou o formato que é realizado" (p.12). Na definição, Nelson se aproxima de distinguir ocupação como uma experiência individual (performance ocupacional) e idéias culturais de atividade (forma ocupacional). Entretanto, termos de subjetividade e contexto os conceitos permanecem incompletamente diferenciados. No uso popular, a palavra performance denota fazer algo para uma audiência ou avaliar a ocupação segundo padrões externos. O sentido cultural de performance enfraquece o significado de performance ocupacional como uma experiência subjetiva, individualmente interpretada, implicar a perspectiva de um observador. Além disso, ao colocar os aspectos contextuais da experiência somente dentro do formato de ocupação ao invés de dentro da performance ocupacional vivenciada (Clark et al, 1998) o autor perde a clareza da distinção entre idéias de atividades culturalmente compartilhadas e experiência ocupacional pessoal no tocante a aspectos contextuais.

O conceito de ocupação também experimentou um renascimento no centro da disciplina emergente da ciência ocupacional (Clark et al, 1991; Yerxa et al, 1989; Zemke & Clark, 1991). A missão da ciência ocupacional – pesquisa sobre ocupação – traz a expectativa de avançar as definições de ocupação para facilitar a operacionalização entre perspectivas teóricas múltiplas. Clark et al (1991) ofereceu a seguinte definição de ocupação no texto de introdução sobre ciência ocupacional publicado no "American Journal of Occupational Therapy".

(AJOT): "Nós definimos ocupação simplesmente como quantidades apreciáveis de atividades culturalmente e individualmente significativas nas quais o ser humano se envolve e que podem ser denominadas no léxico de nossa cultura" (p.301). Mais tarde, Gray (1997) usou uma redução fenomenológica para produzir a seguinte definição: "Ocupação é essencialmente percebida como 'fazer' pelo indivíduo, é direcionada a uma finalidade, possui significados para o indivíduo e pode ser repetida" (p.16). Gray descreveu ocupação como uma subcategoria de atividade, uma inversão das relações de classe propostas por Cynkin (1995). A definição de ocupação dada por Gray é congruente com a posição subjetiva da definição proposta aqui. Ao enfatizar a interpretação pessoal de ocupação, a autora ecoou o movimento recente de identificar ocupação com a experiência pessoal (Clark et al, 1991; Nelson, 1997; Yerxa, 1983, 1991; Yerxa et al, 1989).

Relações entre ocupação e atividade

Uma vez explorada a partir do ponto de vista de uma clara diferenciação, fica evidente o potencial para o surgimento de novas teorias sobre a dinâmica entre ocupação e atividade. São muitas as influências de uma sobre a outra, fato que deve ter contribuído para que os dois conceitos permanecessem entrelaçados. As relações entre ocupação e atividade são apenas um exemplo das relações filosoficamente complexas entre cultura e linguagem, e entre o indivíduo e sua experiência em muitas disciplinas (Foucault, 1970; Wittgenstein, 1980). A seguir veremos brevemente as relações potenciais entre ocupação e atividade.

Idéia de atividade como guia para a experiência ocupacional

Idéias de atividade são simplesmente parte de nossas experiências de ocupação. Idéias de atividade não comandam a ocupação, mas

servem como um guia geral quando nós contemplamos e nos engajamos em uma ação. As pessoas são livres para escolher uma idéia de atividade, modificá-la ou romper completamente com o conhecimento comum de como uma atividade é feita. A atividade é uma noção geral a partir da qual podemos começar. Nos diz o que esperar com relação aos nossos sentimentos, valores culturais, contexto físico e aspectos temporais. A partir daí improvisamos uma experiência dentro das condições apresentadas (Lave, 1988; Strauss, 1993). Às vezes, a atividade original que tínhamos em mente é abandonada no meio do caminho em favor de um outro tipo de experiência.

A experiência ocupacional molda as idéias de atividade

Experiências de ocupações acrescentam detalhe e precisão à idéia de atividade de uma pessoa. Assim, reconhecemos diferentes tipos de experiência relacionados a certas atividades como um indicador de autoridade e *expertise* em uma determinada área. As pessoas também moldam idéias de atividades de sua cultura ao compartilhar com outras pessoas impressões e narrativas sobre suas ocupações.

Dissonância entre idéia de atividade e experiência ocupacional

As pessoas estão simultaneamente conscientes do nível '*etic*', ou cultural, do significado de uma atividade, e do '*emic*', da experiência individualmente interpretada de uma ocupação. Por exemplo, ao assistir um jogo de *baseball*, você pode ter consciência tanto de sua experiência imediata como das expectativas gerais que você e os outros têm com relação a assistir um jogo de *baseball*. Às vezes a

experiência ocupacional não se encaixa com a idéia de atividade e uma experiência inesperada pode causar uma dissonância cognitiva em contraste com uma idéia de atividade. Voltando ao exemplo do jogo de *baseball*, talvez tenha chovido tanto que o jogo foi cancelado, ou você teve a sorte de pegar uma bola que saiu do campo.

Quantas atividades estão presentes em uma experiência ocupacional e vice-versa?

Uma relação particularmente intrigante entre ocupação e atividade está presente no contexto temporal de uma ocupação. O início e o fim de uma ocupação ocorrem num tempo real, mas a segmentação do tempo – *chunking* – (Clark et al, 1991), é construída pelo indivíduo. Muitas idéias de atividade podem estar em jogo, e às vezes em conflito, dentro daquele segmento integrado da experiência. Por exemplo, alguém pode estar lendo um artigo na AJOT, escutando música e comendo uma maçã, tudo ao mesmo tempo dentro de uma única ocupação. Uma experiência ocupacional rotineira pode facilmente incorporar várias atividades (p.ex.: dirigir, falar ao telefone e escutar o rádio). Por outro lado, ocupações com as quais não estamos acostumados e requerem maior atenção podem ser segmentadas em pequenos pedaços e envolver somente uma idéia de atividade (Vallacher & Wegner, 1987). Uma idéia ampla de atividade, como se diplomar em alguma profissão, pode guiar um grande número de experiências ocupacionais espalhadas em vários anos. Este potencial temporal da ocupação de incluir várias atividades, ou o potencial de uma atividade de direcionar várias ocupações, é um forte argumento contra a tendência de se colocar ocupação e atividade em uma relação hierárquica estática.

Idéias de atividades como uma força da cultura que molda padrões ocupacionais

A idéia de atividade que a pessoa adquire da cultura mais ampla pode, com o passar do tempo, influenciar o padrão constituído de ocupação de uma pessoa. Atividades vêm carregadas de valores culturais sobre o que é e o que não é bom fazer, quais recursos são necessários para se fazer coisas e de como alguém sente ou vive ao se engajar em certo tipo de ocupação. As atividades de trabalho, por exemplo, são muito valorizadas na cultura ocidental. Atividades que envolvem consumo de material também são altamente valorizadas. Os jogos e a mídia aos quais crianças e jovens adultos estão sendo expostos podem estar moldando os seus padrões ocupacionais de maneira que nós não podemos compreender totalmente. Atividades ritualísticas podem servir como guias para transições na vida, como é o caso de casamentos, funerais e chás de bebê. E, certamente, a publicidade tem uma força significativa na transmissão de idéias sobre atividade.

Padrões ocupacionais como uma força demográfica que molda idéias sobre atividade

Novos padrões, ou padrões modificados de experiência ocupacional, quando em quantidade e abrangência populacional suficientes, podem introduzir ou mudar idéias culturalmente compartilhadas de atividade. Por exemplo, o uso freqüente de computadores, de alguns anos para cá, começou a introduzir novas atividades no nosso repertório cultural, como “surfar na internet” e mandar e-mails. A forma como pensamos sobre a atividade de comer atualmente também pode ser bem diferente de como pensávamos cinquenta anos atrás. Hoje provavelmente visualizamos a cena de pegar um sanduíche no *drive-through* ao invés de imaginarmos uma família em volta de uma mesa de jantar.

O que ganhamos ao diferenciar ocupação e atividade?

Uma questão importante e pragmática é: O que ganhamos ao desembaraçar os conceitos de ocupação e atividade? Como é que, ao separar estas duas construções centrais, iremos clarificar o discurso e, a partir desse ponto, melhorar a pesquisa, o poder de intervenção e a eficiência política?

Uma vez que essa discussão avance para além da confusão causada pela mistura destes dois fenômenos distintos como idéias de atividade culturalmente compartilhadas e experiências pessoais ocupacionais, a pesquisa irá progredir rapidamente. As descobertas não serão esvaziadas por calcarem-se em estudos baseados em definições carregadas de valores e excessivamente descritivas, ou não-operacionais. Os aspectos de ocupação que nós valorizamos (p.ex.: sentido, propósito, complexidade, nível de engajamento) não irão mais estreitar as pesquisas ao terem de ser posicionados dentro de uma definição já existente, mas irão expandir suas possibilidades ao se tornarem variáveis a serem examinadas. Taxonomias que não apresentam dados não serão usadas como primeiro passo para a estruturação de investigações em áreas ainda não exploradas. Armadas de definições claras, pesquisas poderão começar a atacar questões importantes que anteriormente eram consideradas vagas, como medidas de equilíbrio de vida, diferenças culturais no repertório de atividades, ou a influência da mídia na experiência ocupacional. As interações entre atividade e ocupação poderão começar a ser examinadas. Ao utilizar definições precisas e não encravadas em teorias complexas, os resultados de várias pesquisas poderão ser mais facilmente sintetizados dentro de cada disciplina e o diálogo entre disciplinas poderá acontecer. Os efeitos desta separação serão energizantes para a pesquisa.

A diferenciação entre atividade e ocupação vai aumentar o poder de nossas intervenções ao apoiar o desenvolvimento de uma base de conhecimento que proporcione um "mapa" (Ottenbacher, 1996, p.329) para as práticas, indicando aonde estamos indo e quais as habilidades necessárias para se chegar lá. Terapeutas ocupacionais demandam uma compreensão sofisticada tanto dos repertórios culturais de atividades próprias para pessoas de idades e formação diferentes, como da natureza complexa da experiência ocupacional contextual construída por cada pessoa. A perspectiva de ocupação como uma experiência pessoal única vai direcionar a prática a técnicas mais sensíveis para acessar a perspectiva e os objetivos de cada cliente. Ver a ocupação como localizada num contexto real irá levar a práticas a aplicações mais naturalistas e baseadas na comunidade. A compreensão de atividades como idéias compartilhadas culturalmente vai demandar dos terapeutas ocupacionais que atualizem constantemente potenciais intervenções para atividades representativas do cotidiano atual, ao invés de utilizarem parâmetros de uma ou duas gerações anteriores, e também demandará que reconheçam mais precisamente as variações culturais nas idéias de atividade.

A diferenciação entre ocupação e atividade também proporcionará suporte moral aos profissionais ao ajudá-los a ter clareza de quando eles estão atendendo aos valores do indivíduo e quando estão atendendo aos valores da sociedade. Os terapeutas estão em uma posição de poder em relação àqueles que estes atendem. Às vezes, os clientes não conseguem ter clareza das demandas de comportamentos próprios e atitudes produtivas da cultura. Quando nós traduzimos incondicionalmente os valores culturais de uma atividade em expectativas de resultados de uma intervenção sem considerar etnia, valores

ou limitações pessoais, nos tornamos impositores de convenções sociais. Ter clareza sobre quando estamos usando idéias culturais de atividade e quando estamos trabalhando com a experiência pessoal de ocupação, ou com padrões de ocupação desejáveis, nos ajudará na negociação ética da relação cliente-terapeuta-sociedade e dará apoio à nossa intenção de sempre agir a partir da base humanística da Terapia Ocupacional.

Politicamente, a profissão será muito beneficiada com a diferenciação entre atividade e ocupação, ao reivindicar o conceito de atividade como um domínio de conhecimento importante para o campo ao invés de abandoná-lo como se este fosse desnecessário. No mundo pós-moderno, não podemos nos apegar a uma linguagem única, mas sim adaptar nossa comunicação às audiências: clientes, instituições, estudantes e pesquisadores. A palavra atividade é uma palavra de senso comum que serve muito bem para comunicar de forma simples e geral. A utilidade de reivindicar o sentido cultural impreciso de atividade para dentro de nossa base de conhecimento é comparável à utilidade de delimitar os conceitos de brincar e trabalhar como as especialidades da Terapia Ocupacional, apesar dos juízos de valor históricos associados a estes termos.

O conceito de atividade também é utilizado de maneira importante no sistema de saúde em definições de serviços, avaliação de funções e níveis de deficiência, e até mesmo na denominação de áreas de atuação. A terapia ocupacional é uma profissão que há muito tempo carrega o encargo singular, na área da saúde, de buscar o retorno do funcionamento em áreas de atividades do cotidiano. Na revisão do ICDH-2 (International Classification of Disease, Impairment and Handicap) – Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens –, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) definiu deficiência como barreiras para participação

nas atividades. O uso do conceito de atividade pela OMS (2000) refere-se à “execução de uma tarefa ou envolvimento em uma situação de vida em um ambiente uniforme” (p.9). O uso que o ICDH-2 faz do termo atividade é congruente com a definição de atividade proposta aqui. O termo participação, conforme a OMS, assemelha-se à experiência ocupacional no sentido de que é uma medida da entrada e da interação de uma pessoa com o mundo contextual de seu “ambiente atual” (p.9). Atividade é uma área de expertise com a qual a Terapia Ocupacional vem sendo associada há muitos anos. Nós devemos reivindicá-la em todas as arenas políticas e usá-la para expandir vigorosamente nossa habilidade para oferecer serviços.

Conclusão

Atividade e ocupação são dois conceitos particularmente significativos e, talvez, os dois conceitos mais centrais do nosso campo. Estes conceitos requerem uma diferenciação. Ao desembaraçá-los, fortaleceremos a disciplina e a profissão, contribuiremos para a clareza de nosso discurso, a sofisticação de nossas pesquisas, o poder político da nossa profissão, para elevar o grau de confiança dos profissionais e para a eficácia das intervenções. Já é tempo que tanto atividade quanto ocupação sejam reconhecidas, honradas, estudadas e melhor utilizadas na vida das pessoas a quem servimos.

Agradecimentos

Agradeço a Ruth Zemke, PhD, OTR, FAOTA, pelos anos de explorações teóricas compartilhadas; Florence Clark, PhD, OTR, FAOTA, por sua persistência e desafio; e a American Occupational Therapy Foundation e Diane Parham, PhD, OTR, FAOTA, por apoiar a extensiva análise do brincar infantil que incubou muito do pensamento apresentado aqui.

Referências Bibliográficas

- Amar, J. (1980) The physiology of industrial organization and the reemployment of the disabled. Easton, NJ: Hive publishing. (Original work published 1919).
- American Occupational Therapy Association. (1983). Position paper: Purposeful activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 37, 805-806.
- American Occupational Therapy Association. (1994). Uniform terminology for occupational therapy – Third edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 48, 1047-1055.
- American Occupational Therapy Association. (1995). Position paper: Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 49, 1015-1018.
- Barrett, L; & Kielhofner, G. (1998). Theories derived from occupational behavior perspectives. In M. Neistadt & E. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed; pp. 525-535). Philadelphia: Lippincott.
- Bourdieu, P. (1977). *An outline of practice*. New York: Cambridge University Press.
- Breines, E. (1984). The Issue Is – An attempt to define purposeful activity. *American Journal of Occupational Therapy*, 38, 543-544.
- Carlova, J; & Ruggles, O. (1946). *The healing heart*. New York: Julian Messner.
- Carlson, M. E; & Clark, F. A. (1991): The search for useful methodologies in occupational science. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 235-241.
- Christiansen, C. (1994). A classification and study in occupation: A review and discussion of taxonomies. *Journal of Occupational Science*, 1, 3-21.
- Christiansen, C. (1996). Three perspectives on balance in occupation. In R. Zemke & F. Clark (Eds.), *Occupational science: The evolving discipline* (pp. 431-451). Philadelphia: F. A. Davis.
- Clark, F. A; Parham, D; Carlson, M. E.; Frank, G; Jackson, J; Pierce, D; Wolfe, R. J; & Zemke, R. (1991). *Occupational science: Academic innovation in the service of occupational therapy's future*. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 300-310.
- Clark, F; Wood, W; & Larson, E. (1998). Occupational science: Occupational therapy's legacy for the 21st century. In M. Neistadt & E. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed; pp. 13-21). Philadelphia Lippincott.
- Crabtree, J. L. (1998). The end of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 205-214.
- Creighton, C. (1992). The origin and evolution of activity analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 45-48.
- Crepeau, B. (1998). Activity analysis: A way of thinking about occupational performance. In M. Neistadt & E. Crepeau (Eds.), *Willard and Spackman's occupational therapy* (9th ed; pp. 135-147). Philadelphia Lippincott.
- Cross, G. (1990). *A social history of leisure since 1600*. State College, PA: Venture.
- Cynkin, s. (1995). Activities. In C. Royeen (Eds.), *The practice of the future: Putting occupation back into therapy* (pp. 7-1-7-52). Bethesda, MD: American Occupational Therapy Association.
- Fidler, G; & Velde, B. (1999). *Activities: Reality and symbol*. Thorofare, NJ: Slack.
- Foucault, M. (1970). *The order of things*. New York: Pantheon. Gilbreth, F. (1911). *Motion study: A method for increasing the efficiency of the workman*. Easton, NJ: Hive Publishing.
- Gilbreth, F; & Gilbreth, L. (1973a). *Applied motion study: A collection of papers on the efficient method of industrial preparedness*. Easton, NJ: Hive Publishing. (Original work published 1916).
- Gilbreth, F; & Gilbreth, L. (1973b). *Fatigue study: The elimination of humanity's greatest unnecessary waste*. Easton, NJ: Hive Publishing. (Original work published 1916).
- Gilbreth, F; & Gilbreth, L. (1973c). *Motion study for the handicapped*. Easton, NJ: Hive Publishing. (Original work published 1920).
- Golledge, J. (1998). Distinguishing between occupation, purposeful activity and activity, part 1: Review and explanation. *British Journal of Occupational Therapy*, 61, 100-105.
- Gray, J. (1997). A phenomenological perspective on occupation. *Journal of Occupational Science: Australia*, 4, 5-17.
- Hall, E. T. (1983). *The dance of life: The other dimension of time*. New York: Doubleday.
- Harris, M. (1981). *Why nothing works: The anthropology of everyday life*. New York: Simon & Schuster.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. New York: Harper. Kielhofner, G. (1978). General systems theory: Implications for theory and action in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 32, 637-645.
- Lampont, N; Coffey, M; & Hersch, G. (1983). *Activity analysis handbook*. Thorofare, NJ: Slack.
- Lave, J. (1988). *Cognition in practice*. New York: Cambridge University Press.
- Lin, K; Tickle-Degnen, L; & Coster, W. (1997). Enhancing occupational performance through occupationally embedded exercise: A meta-analytic review. *Occupational Therapy Journal of Research*, 17, 25-47.
- Malinowski, B. (1978). *A theory of culture*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Mattingly, C; & Fleming, M. (1994). *Clinical reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Meyer, A. (1922/1977). The philosophy of occupation therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 31, 639-642. (Original work published 1922).
- Moore, A. (1992). *Cultural anthropology: The field study of human beings*. San Diego, CA: Collegiate.
- Mosey, A. C. (1992). *Applied scientific inquiry in the health professions*. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.
- Nelson, D. L. (1996). Therapeutic occupation: A definition. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 775-782.
- Nelson, D.L. (1997). Why the profession of occupational therapy will flourish in the 21st century, 1996 Eleanor Clarke Slagle lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 11-24.
- Ottenbacher, K. (1996). Academic disciplines: Maps for professional development. In R. Zemke & F. Clark (Eds.), *Occupational science: The evolving discipline* (pp. 329-330). Philadelphia: F. A. Davis.
- Peloquin, S.M. (1991). Looking Back – Occupational therapy service: Individual and collective understandings of the founders, part 2. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 733-744.
- Pierce, D. (1996). The work of scholars. In R. Zemke & F. Clark (Eds.), *Occupational science: The evolving discipline* (pp. 125-141). Philadelphia: F. A. Davis.
- Pierce, D. (in press). Occupational by design: Dimensions, therapeutic power, and creative process. *American Journal of Occupational Therapy*.
- Pierce, D; & Frank, G. (1992). A mother's work: Two levels of feminist analysis of family-centered care. *American Journal of Occupational Therapy*, 46, 972-980.
- Primeau, L. A. (1996). Work and leisure: Transcending the dichotomy. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 569-577.
- Reilly, M. (1974). *Play as exploratory learning*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Russell, B. (1989). My mental development. In P. A. Schilpp (Ed.), *The philosophy of Bertrand Russell* (pp. 1-20). La Salle, IL: Open Court.
- Slagle, E. C. (1992). Training aids for mental patients. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 11-19.
- Steinbeck, T.M. (1986). Purposeful activity and performance. *American Journal of Therapy*, 40, 529-534.

- Strauss, A. (1993). *Continual permutations of action*. New York: Aldine de Gruyter.
- Taylor, F. (1967). *The principles of scientific management*. New York: Norton. (Original work published 1911).
- Trombly, C. A. (1995). Occupation: Purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms, 1995 Eleanor Clarke Slagle lecture. *American Journal of Therapy*, 49, 960-972.
- Vallacher, R; & Wegner, D. (1987). What do people think they're doing? Action identification and human behavior. *Psychological Review*, 94, 3-15.
- Wittgenstein, L. (1980). *Remarks on the philosophy of psychology* (Vol. I & II). Chicago: University of Chicago Press.
- Wood, W. (1996). Legitimizing occupational therapy's knowledge. *American Journal of Occupational Therapy*, 50, 626-634.
- World Health Organization. (2000). *ICIDH-2: International classification of disability and health* (Prefinal draft). Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from the World Web November 11, 2000: <http://www.who.int/icidh/introduction.htm>
- Wu, C; & Lin, K. (1999). Defining occupation: A comparative analysis. *Journal of Occupational Science*, 6, 5-12.
- Yerxa, E.J. (1983). Audacious values: The energy source for occupational therapy practice. In G. Kielhofner (Ed.), *Health through occupation* (pp. 149-162). Philadelphia: F.A.Davis.
- Yerxa, E.J. (1991). Nationally Speaking-Seeking a relevant, ethical, & realistic way of knowing for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 199-204.
- Yerxa, E.J. (1998). Occupation: The keystone of a curriculum for a self-defined profession. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 303-372.
- Yerxa, E.J; Clark, F; Frank, G; Jackson, J; Parham, D; Pierce, D; Stein, C; Zemke, R. (1989). An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy Health Care*, 6(4), 1-18.
- Yoder, R. M; Nelson, D. L; & Smith, D.A. (1989). Added-purpose versus no exercise in female nursing home residents. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 581-586.
- Zemke, R; & Clark, F. (1996). Preface. In R. Zemke & F. Clark (Eds): *Occupational science: The evolving discipline* (pp. vii-xvii). Philadelphia: F.A. Davis.

Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional

Jô Benetton

Doutora em Saúde Mental

Solange Tedesco

Mestra em Saúde Mental

Sonia Ferrari

Especialista em Saúde Mental

ceto: ceto@hydra.com.br

Resumo

Este trabalho reflete aspectos fundamentais que norteiam as investigações e as produções no *ceto*. Na investigação teórica procura-se estudar a evolução do conceito de cotidiano e a utilização deste nos procedimentos do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. Detalha-se a evolução do conceito de hábitos aplicado por Slagle, e os principais aportes de autores da filosofia e das ciências sociais sobre cotidiano: Lefebvre, Lukács, Heller, Certeau e Bourdieu. O núcleo da investigação está na origem e evolução e passagem da aplicação dos hábitos para o cotidiano, sendo este pensamento sustentado na história e na lógica interna da Terapia Ocupacional. Para o estudo propõe-se a apresentação dos autores e suas investigações sobre os conceitos de hábitos, cotidiano, atividades e a aplicabilidade destes na clínica terapia ocupacional.

Palavras-chave: hábitos; cotidiano; método terapia ocupacional dinâmica.

Summary

This work reflects the fundamental aspects that conduct *ceto* investigations and production. During the theoretical investigation, the evolution of the concept of everyday, and its use in Occupational Therapy Dynamics Method procedures, is studied. The evolution of the concept of habits administrated by Slagle is reported in detail, as well as the main guidelines on everyday life outlined by philosophy and social sciences authors, such as Lefebvre, Lukács, Heller, Certeau and Bourdieu. The nucleus of the investigation is in the origin and evolution, and in applying these habits to everyday life, this being the idea sustained in Occupational Therapy's history and internal logic. For the study, we recommend the presentation of the authors and their investigations concerning habit, everyday life and activity concepts, and their applicability in the occupational therapy clinic.

Keywords: habits; everyday life; occupational therapy dynamics method.

Introdução

Na literatura atual da Terapia Ocupacional existe explicitamente ou implicitamente a associação entre o conceito de cotidiano e a participação social, sendo esta a proposição final dessa profissão. Na clínica é que a ocorrência desse pressuposto torna-se quase uma constante.

Benetton (1994), "A exclusão social é a problemática de partida para a terapia ocupacional... quando me refiro ao paciente grave, ele está assim não só pelo seu diagnóstico médico, mas principalmente pela repercussão social acarretada pelo seu quadro. Ele é um problema real, da realidade e do cotidiano social."²

Por outro lado, a Associação Americana de Terapia Ocupacional, (AOTA 1994), também explicitamente, no mesmo ano, mas sob o vértice da profissão, retira do cotidiano ocupações que servirão de recursos na ampliação do desempenho de pacientes, a ponto de colaborar para que se tornem contribuintes do meio social:

"A Terapia Ocupacional é a análise e aplicação de ocupações selecionadas do cotidiano, que tenham um sentido ou um propósito para o paciente. Desta maneira permite ao paciente ganhar, recuperar, aumentar ou prevenir a perda das habilidades ocupacionais, tarefas, rotinas ou papéis, que ele tenha desempenhado no passado ou está aprendendo a desempenhar. Sendo assim, podendo participar como um membro contribuidor mais completo possível nos seus meios sociais, pessoais e econômicos" (AOTA, 1994 in Willard & Spackman, 1998) 22

O termo cotidiano é usado nesses dois casos de forma bastante distinta, apesar de remeterem ao mesmo propósito: participação social. Quando a AOTA propõe "ocupações selecionadas do cotidiano", pode-se saber aí, qual é a fundamentação conceitual para o termo ou trata-se de senso comum? O sentido aparente dessa afirmação não permite a compreensão e nem sugere a aplicação do conceito teórico de cotidiano como instrumento sociocultural de inclusão social. Dependendo ainda da forma como os autores concebem o constructo teórico das ocupações ou atividades, eles se distanciam da idéia de cotidiano como local de construção

social e passam a utilizá-lo na clínica apenas no sentido de atividades do dia a dia. Os prejuízos são de ordem crescente principalmente quando não está prevista a observação da cotidianidade (Heller, 2000) do sujeito alvo da terapia ocupacional de tal forma não ser possível conhecer e/ou entender a sua cultura sociofamiliar.

Cada palavra apresenta ou representa uma necessidade social. Cada uma delas obedece à necessidade de nomear um objeto, uma idéia, um acontecimento, e cada palavra reflete também uma comunicação entre os membros de uma comunidade. Nesta empiricidade está contextualizado o termo cotidiano nas duas afirmativas anteriores. Entretanto, para se fugir do senso comum das palavras, no interior mesmo das ações regidas pelo método empírico existem graus maiores ou menores de empirismo: da improvisação completa à utilização sucessiva de objetivos intermediários conhecidos, onde pode ser medido o sucesso de um empreendimento.

Tratar de terapia ocupacional e de cotidiano predispõe, neste caso, traçar uma rota de análise de conceitos teóricos e de teorias das técnicas. A aproximação desejada busca objetivar em tempo e lugar o uso do termo "hábitos" na origem da Terapia Ocupacional, e o termo "atividades" definido como instrumento no método terapia ocupacional dinâmica, capaz de promover a construção do cotidiano em função de uma participação social.

Esta é a proposição nuclear deste artigo, no qual pretende-se descrever e analisar em princípio o termo "hábitos" através dos autores François-Pierre Gonthier, chamado de Maine de Biran (1766-1824), Félix Ravaisson (1813-1900) e V. Egger (1880). Em seguida o mesmo tratamento será dado ao conceito de "cotidiano" através dos teóricos Agnes Heller, antropóloga (1929), Michel De Certeau, pensador francês (1925) e Pierre Bourdieu (1930- 2002). Por último, um

pensamento evolutivo em terapia ocupacional com a proposição inicial do termo "hábitos" em Eleanor Clarke Slagle (1876-1942) e os estudos do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional com a proposição do termo "cotidiano".

Hábitos

A preocupação constante com as palavras e sua utilização na lógica da Terapia Ocupacional determina a escolha do plural para o termo "hábito", uma vez que sabiamente Slagle assim o usou para dar conta dos preceitos da clínica: das "desorganização de hábitos", "reações habituais", do "treinamento de hábitos" e da "construção de rotina". Uma segunda preocupação é ir em busca da literatura, pelo menos em consonância de tempo, entre os conceitos de "hábitos" na literatura filosófica do fim do século XIX e início do XX, quando tem origem nos Estados Unidos o projeto da profissão Terapia Ocupacional.

HÁBITO (latim *Habitus/habituális*): uso, costume, maneira usual de ser (Ferreira, 1986.). Para David Hume, filósofo escocês, (1711-1776),

"O principio de causalidade não é nada mais que a manifestação de uma propriedade psicológica do sujeito. A inércia do espírito o faz esperar, a cada vez, que aconteça a repetição do que o sujeito já registrou, e isto, com muita força, de tal forma que essa repetição é confirmada muitas vezes e jamais esquecida. Essa faculdade é o hábito. Cremos que o sol se levanta hoje porque ele se levantou ontem. Não há aí nenhum fundamento de lei. A ciência não é mais que uma conjunção de crenças às quais aderimos muito fortemente e que não são simplesmente desacreditadas. Mas, se não são mais que crenças, ou menos, nada nos permite dizer que este domínio seja outro além de crenças". (Boirel, 1972).³

François-Pierre Gonthier, dito Maine de Biran, filósofo espiritualista francês (1766-1824) e Félix

Ravaisson, metafísico de Leibniz (1813-1900), aportam que, após Pascal, uma "segunda natureza" do homem se manifesta na execução de ações assimiladas e de forma sempre semelhante de as conduzir. Graças a essa segunda natureza existe a continuidade da faculdade de adaptação na vida coletiva e espiritual. A função psicológica do hábito consiste no desenvolvimento de atos semelhantes, repetitivos, que se reproduzem em seguida, sem necessidade de novos esforços da consciência, ampliando a vida psíquica e assim realizando uma economia do pensamento e da atenção. Muitos dos processos psíquicos da memória, nos estudos e no curso das ações automatizadas, se explicam pelo hábito, (hábito de pensar, de calcular, hábito de se levantar numa determinada hora etc.). De maneira geral podemos dizer que o hábito é um fenômeno biológico, físico e psicológico, constituído pelo fato de que, após haver aprendido uma vez uma ação qualquer, um ser conserva uma sensação tal que – se essa ação se repete ou continua – ela não se modifica mais como o fez da primeira vez.

"Há casos em que a sensação desaparece por adaptação. Habitua-se ao frio não só porque se lhe presta menos atenção, mas, também porque a circulação sanguínea se modifica, porque se formam gorduras nos tecidos, etc., e por fim quando as excitações recebidas pelos nervos diminuem". (Boirel, 1972) ³

Uma tese comumente admitida por certos psicólogos franceses, sob influência de Maine de Biran e Félix Ravaisson, é que o hábito é uma forma de vontade no sentido amplo do termo, isto é, da ação espontânea do homem se empregamos o hábito no sentido positivo. "Hábito positivo é corrigido por esforço mental uma vez que o negativo é pura e simplesmente sinônimo de acomodação". (Boirel, 1972).³

Visto sob esse ângulo, o hábito facilita a ação

quando ele permite ao homem de ação economizar energia. Um exemplo muito simples: os hábitos de horários de um chefe de empresa correspondem de fato a um planejamento da jornada de trabalho.

Nestes casos, por exemplo, o emprego do tempo nos hábitos da casa e de chefe de empresa serve para que as horas e os dias indicados não criem uma constante preocupação – há possibilidade de se conhecer os momentos de disponibilidade.

Por outro lado, é possível que seja necessário um plano de ajustes sucessivos (V. Egger, "La Naissance contraignante des habitudes", in *Annales de la Faculté de Bourdeaux*, 1880); e se a organização da casa deve ser modificada, pode ser reajustado o emprego do tempo, que de novo se tornara um hábito, quando a modificação for obrigatória graças ao fenômeno da adaptação. (Boirel, 1972).³

Abraham A Moles, (1972), acrescenta: "...os atos involuntários são da ordem dos hábitos, do condicionamento e da aprendizagem. ... O ato involuntário representa uma economia do espírito uma vez que põe em marcha as funções mais simples do sistema nervoso." Moles, citando B. Russel (1950), complementa: "Diz-se corriqueiramente que devemos cultivar o hábito de pensar no que fazemos. A verdade está exatamente no contrário. Todo progresso do espírito consiste em multiplicar o número de operações que podemos fazer sem pensar. As operações do espírito que requerem munições novas, devem ser raras e devem operar em momentos decisivos." (Boirel, 1972).³

Esses estudos sobre hábitos (século XVIII até a metade do século XX), falam de um "homem de ação", do qual as atividades são consideradas importantes. Pode-se considerar hoje esse homem de ação um mito humanista e um estereótipo cultural, mais do que uma realidade social. Entretanto, no início do século XX, predominava

ainda o pensamento que os hábitos faziam o homem. O parêntesis necessário aqui é a lembrança do grande movimento moral-humanístico desencadeado popularmente nos Estados Unidos no início do século XX. Através dele, programas sociais foram implantados por homens de bons hábitos, homens de ação e as primeiras mulheres voluntárias na ação social.

Pode-se apontar que, nessa rota sociocultural estava sendo criada a Terapia Ocupacional.

Nada resta como estranho que o primeiro projeto de procedimentos dessa profissão seja o "treinamento de hábitos".

Hábitos e Terapia Ocupacional

Os biógrafos de Eleanor Clarke Slagle (1876-1942) apresentam-na como uma mulher de sua época. Sua condição social, cultural e econômica permite hoje estabelecer um paralelo entre os pensamentos da moda e sua aplicabilidade na nova profissão Terapia Ocupacional, que, sem dúvida, ela passou a conduzir. Esta apreciação, por suposto, deve ser demonstrada. Em 1921 Slagle escreveu: "Na nossa presente compreensão da psiquiatria e métodos de profilaxia nós somos obrigados a assumir que uma das grandes necessidades apresentadas em nossos hospitais públicos hoje, terá desaparecido para sempre nos próximos dez anos. Neste tempo nós já deveremos ter eliminado qualquer atraso. Não importa o quão bem treinados sejam os trabalhadores ocupacionais dentro da sala de aula. É só a partir da dedicação e de um amor genuíno a família humana, entre pacientes que estão nos hospitais há pelo menos cinco anos ou vinte anos e que caíram para o nível mais baixo de animalidade, que poderão entender a direção e participação em classes de treinamento de hábitos..... A construção do hábito para pacientes com demência precoce é extremamente importante. Se esse paciente tem uma

desorganização básica de hábitos, então, nós precisamos cada vez mais nos preocupar com elaborações dos trabalhos que já foram começados em muitos hospitais. Então, o nosso primeiro dever quando treinamos o trabalhador ocupacional é mostrar para eles qual é o problema; que na maioria das vezes, nossa vida é constituída de reações habituais. Ocupação usada de forma terapêutica serve para sobrepor alguns hábitos, para mudar outros e construir novos, com a finalidade que as reações habituais serão favoráveis para a restauração e manutenção da saúde. ... No treinamento de hábitos, nós mostramos claramente o fator pedagógico e psicológico que o trabalhador ocupacional deve sempre prestar atenção com pacientes — quer dizer, a necessidade de precisar de atenção, de construir a partir do hábito da atenção, se transforma em aplicação, voluntária e com o tempo consentida”.(Slagle, 2003) 18

Slagle entende a reabilitação social através da distinção dos pacientes psiquiátricos em três grupos: os que permaneceriam internados, passando a vida no hospital; os que retornariam às atividades e à vida na comunidade; e aqueles que se beneficiariam de um trabalho supervisionado preventivo à hospitalização.

Sua percepção da Instituição Psiquiátrica vigente, sem dúvida nenhuma de foro humanístico, vai mais além quando prevê a sua reforma total e formula procedimentos baseados em esperanças e intenções, calcadas no mesmo pensamento humanístico.

Os hábitos, para ela como para os autores antes apresentados, são os objetos fundamentais, não só para a cura, mas também como instrumento para uma nova vida social. Novos hábitos significam saúde e o retorno à comunidade.

Através das ocupações e às vezes pelas atividades “...para incorporar certos estudos teóricos e técnicos e para enfatizar a relação de

atividade dirigida para ajuste mental e reabilitação social durante todo o treino”, é que se objetiva a mudança de hábitos. Nada aqui mais coerente com os estudiosos do hábito. Um homem de ação tem sua importância em suas atividades. Mais que isso, os hábitos permitem o espaço para pensar e criar.

Uma mudança de paradigma no tratamento de doentes mentais estava se constituindo. Paradigma, no sentido originário, advém do latim *paradigma* e do grego *paradeigma*, querendo dizer *um exemplo servindo de modelo ou padrão*. O “para” significa *ao lado de* e “deigma” *mostrar, demonstrar, ilustrar*. É preciso lembrar que “na concepção platônica, as idéias constituem paradigmas por serem consideradas modelos perfeitos e eternos, das quais os objetos existentes na natureza são cópias”. (Turato, 2003)²⁰

As idéias de Slagle na construção da Terapia Ocupacional constituem um novo paradigma. Advindas do acúmulo de vivências cotidianas por um longo tempo, tanto na assistência a pacientes psiquiátricos como na formação dos primeiros profissionais, foram ao longo do tempo se distanciando do paradigma médico.

Através do desenvolvimento de “hábitos saudáveis” explorados na realização de atividades, os doentes mentais podiam ser cuidados dentro das instituições totais e/ou tratados para serem reinseridos socialmente. Como pressuposto, Slagle pensava aspectos saudáveis do comportamento para construir a premissa de “hábitos saudáveis” remetendo tecnicamente ao “treinamento de hábitos”.

Pensando em hábitos, como era estudado na primeira metade do século passado, isto é, o espaço para pensar e criar a proposta para a nova profissão já nasce com a possibilidade de ampliação e aprofundamento.

Um único aspecto neste importante projeto não

estava previsto. Apesar de Slagle sempre colocar como propósito final a reinserção social, a forma com esta passagem podia ocorrer não foi nem mencionada.

Não é possível ter claro que a manutenção de estudos de hábitos em métodos e modelos de atuação de terapeutas ocupacionais seja consequência da prática de Slagle, mas são muitas as referências a esse tema. Alguns aportes são interessantes, mais ainda porque acrescentam novos vértices que são da deficiência, da ausência ou do desequilíbrio de hábitos. Como forma de ilustração, por não ser este o caminho trilhado pelo *ceto*, eis alguns desses aportes.

Segundo Jacobs (1987), hábitos são executados ou realizados em nível pré-consciente. Em Willard e Spakman (1998), "Hábitos envolvem maneiras conhecidas de fazer coisas que se revelam automáticas. Através da experiência repetida uma pessoa adquire um mapa para reconhecer e se comportar no ambiente familiar. Devido ao hábito de alguém o outro sabe intuitivamente, por exemplo, como agir no ambiente familiar. Os hábitos posicionam as pessoas em diferentes eventos e acontecimentos da vida cotidiana. Os hábitos, como a performance na rotina de atividades, leva em consideração particularmente como se dá o uso do tempo e qual é o estilo próprio de comportamento." "Hábitos são, geralmente, desenvolvidos todo o tempo como um meio de tornar a performance mais eficiente (Kiel e Burk, 1985; Rogers, 1986; Rogers e Holm, 1991 in Willard & Spackman, 1998)²². Hábitos são associados à vida diária, sendo únicos para cada pessoa (individualizados) e são mecanismos de habituar os humanos para efetuar todo dia o requerido, o esperado ou o desejado, de maneira eficiente.

A aquisição de hábitos é mais difícil que a de habilidades, uma vez que hábitos envolvem uma unidade de comportamento de maior

complexidade e dependem da existência de um nível mínimo de proficiência.

Hábitos, por exemplo, envolvem a rotina de cuidados matinais versus a habilidade de cuidados de "cavalos". Enquanto habilidades são individualizadas pelo estilo de realização, hábitos são individualizados pela seqüência pela qual as tarefas estão ligadas às rotinas. Após levantar-se pela manhã alguns indivíduos fazem a toailete, outros comem, outros lêem jornais etc., e em seqüências diversas. Hábitos trazem também embutidos em cada manhã tarefas de cuidados. Por exemplo, algumas pessoas vestem roupas de cima antes das de baixo, outras ao inverso.

Déficit de hábito é a extinção ou o rompimento da rotina diária. A individualidade dos hábitos faz com que mais dificilmente sejam acessados e tratados do que as deficiências de habilidades. Semelhante às habilidades, os hábitos são adquiridos todo o tempo, mas habilidades podem ser demonstradas numa única sessão, avaliação ou intervenção diferente dos hábitos que os conhecemos no decorrer do tempo para avaliar sua existência, constância e efetividade. Assim como as habilidades, a tarefa e o ambiente social e físico podem também afetar os hábitos.

Em Willard & Spackman (1998), Holm, Rogers, Stone, "Como está indicado no guia de decisão, deficiência de hábito geralmente pode ser dividido em 4 categorias: os que são dependentes do ambiente, os que não são desenvolvidos ou obrigatórios, os que são ineficientes e os que são impróprios".²²

"A ausência de hábitos ou de rotinas reflete um estilo de vida na qual há falta de uma estrutura suficiente e que é relativamente imperceptível. Em crianças pequenas, existe uma ausência de iniciação própria de hábitos, mas até mesmo crianças muito pequenas engatinham rapidamente, se acostumam a rotinas e hábitos estabelecidos pela família ou membros da equipe

de cuidados diários. Quando hábitos e rotinas são ausentes as crianças não se desenvolvem na idade apropriada.”²²

Para adolescentes e adultos, no ambiente de trabalho, a ausência de hábitos que suportem desde a hora de chegada até procedimentos seguros de trabalho, pode afetar a habilidade de reter ou obter um emprego até mesmo quando o trabalhador é altamente habilitado.

Se os hábitos estiverem construídos, mas sofrerem alterações desde doença própria ou na família, surgem as depressões ou as discrepâncias de performance.

“Quando existe um tempo muito curto para a reabilitação, é difícil ajudar os pacientes a desenvolver rotinas que se tornem hábitos.” (Willard & Spackman, 1998)²²

Estas ilustrações não sofrerão análise e discussão, uma vez que este não tem sido o caminho trilhado nos estudos do *ceto*. Pela análise que fazemos, os autores do início do século XX que se fundamentam no pensamento filosófico ampliam a discussão de hábitos no contexto social e filosófico. Porém os autores reduzem o conceito de hábitos a um funcionamento do comportamento analisando fragmentariamente rotina, hábitos, performance, habilidade.

Cotidiano

Etimologicamente a palavra cotidiano tem origem no latim *quotidianus*, “diz-se de aquilo que é diário, que sucede ou se pratica habitualmente” (Cunha, 2002) ⁷. No Dicionário Aurélio (1986) encontra-se: de todos os dias; diário; a vida cotidiana. De vida cotidiana, Robert (1996): “o que contém a vida de todos os dias”¹⁷

O conceito de cotidiano passou a ser estudado pelas ciências sociais a partir da herança da era da razão, no séc. XIX. A partir daí cotidiano passou a ser discutido e entendido como elemento

constitutivo da trama social.

Os três estudiosos, Lefebvre, Lukács e Heller, já apresentados na introdução, apresentam estudos completos sobre o cotidiano, vida cotidiana e cotidianidade. Em comum, estes autores apresentam uma análise crítica sobre o cotidiano e o pragmatismo que o contagia. Demonstram a trama do cotidiano ponderando a relação estabelecida entre a ação política e o cotidiano, como forma reguladora do detalhe, do dia a dia. É na possibilidade de entender os processos pelos quais os produtos das ações subjetivas passam a ser apresentados como objetivos (reificação), que estabelecem a vida cotidiana como matriz de transformações.

A primeira maior sistematização nos estudos do cotidiano é dada por Lefebvre na década de 40, atraindo a atenção de autores marxistas ou neomarxistas. O tema também está presente em outras perspectivas, como a fenomenologia e a socioantropologia.

Lefebvre (1981) propõe uma discussão onde o único meio possível de analisar o cotidiano, de desvelar a sua essência ou desnudar a sua decadência é através da filosofia. Para este autor, três perspectivas devem ser consideradas para apreender a vida cotidiana: a busca do real e da realidade, a totalidade e as possibilidades da vida cotidiana enquanto motora de transformações globais.

Para Lukács (1979), filósofo e crítico literário, seus trabalhos apresentam uma teoria da alienação e da reificação muito antes das publicações de Marx sobre o assunto. Suas discussões sobre o cotidiano e a crítica sobre o pensamento unidimensional da vida cotidiana é por excelência o lugar que se desenvolve a vida humana. As objetivações ocorrem por intermédio do trabalho, da linguagem, do pensamento, do sentimento, da ação e da reflexão do homem. Nos trabalhos de Lukács reconhecidos como do

período "idealista" ou metafísico (obras escritas até 1919) encontramos uma crítica ético-social à vida empírica, comum, cotidiana: "... nesta vida cotidiana nada se realiza totalmente, e nada jamais é levado a seu termo. Tudo escorre, tudo se mistura sem freios e forma uma aliagem impura; tudo é destruído, tudo é desmantelado.... A verdadeira vida é sempre irreal, sempre impossível para a vida empírica. Algo resplandece, brilha como um relâmpago por cima dos caminhos batidos; algo que perturba e seduz, algo de perigoso e surpreendente, o acaso, o grande instante, o milagre."¹⁵ (Lukács, 1971). Posteriormente, observa-se nas obras de Lukács (1979) três formas de objetivação que permitem, temporariamente, interpor-se à vida cotidiana: o trabalho criador, a arte e a ciência.

Heller (1986-2000), discípula de Lukács e membro da Escola de Budapeste, hoje docente da cadeira Hannah Arendt de Filosofia e Ciência Política da New School for Social Research, em Nova York, apresenta três fases principais nas suas obras. Na primeira fase, a marxista, encontra-se a discussão sobre as dimensões morais e políticas da ação humana, a práxis e o lugar da ética no marxismo. Nesta fase encontramos os principais temas tratados por Heller, como o sentido da história, o cotidiano e o não-cotidiano (ver Sociologia da vida cotidiana, 1977). Em uma segunda fase, chamada de transição, encontramos os pressupostos que a afastam das idéias de Marx. Na terceira fase aprofunda-se o interesse pela condição humana, responsabilidade, autonomia, a liberdade, as possibilidades de felicidade. Nos trabalhos que tratam da cotidianidade encontramos as reflexões da filósofa diferenciando das obras ligadas à história da filosofia, tendo hoje uma ampla e importante obra sobre a "condição humana", sobre a ética da existência e da personalidade. Nesta autora, a constituição das identidades subjetivas estão constitutivas na identidade social, como compromisso, autonomia

e criação. Seu pensamento apresenta a idéia que o caráter, a ética se apresentam na experiência do dia a dia, *na escolha de si como destino* (Freire, 2002) ⁸. Estabelecendo uma relação entre o sofrimento inerente das "incertezas" e sua relação com o "senso de responsabilidade", coloca o cotidiano como base para o exercício da ética. De Nietzsche (filósofo alemão, nascido na Prússia, 1844-1900) a autora valoriza a perspectiva de que nenhum fato é dado, mas a construção se dá na interpretação dos fenômenos onde as necessidades conduzem a uma interpretação de mundo:

Conceituando cotidiano, Heller diz: "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."¹² "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."¹² "A vida cotidiana é a vida de todo homem. Todos a vivem sem nenhuma exceção. Ninguém consegue identificar-se com a atividade cotidiana genérica a ponto de desligar-se inteiramente da cotidianidade. E ao mesmo tempo não há nenhum homem que viva tão somente na cotidianidade, embora essa o absorva preponderantemente."¹² "A vida cotidiana é a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela colocam-se em 'funcionamento' todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias."¹²

Para ela, a vida cotidiana, além de heterogênea contém uma certa hierarquia que não é rígida

habitual); desta forma, temos uma matriz geradora de práticas e ações que são ajustadas às condições objetivas porém não necessariamente percebidas.

Para Lash (1995), "o *hábitus* de Bourdieu efetivamente diz respeito a como um ator social está envolvido na produção ou construção de estruturas sociais. Bourdieu para Lash deseja compreender o relacionamento entre o eu consciente e as categorias impensadas. Estas não são causas, mais que isso, são bases ontológicas da consciência prática. As categorias impensadas constitutivas do ser humano são fundadas no conhecimento prático, no tempo, na experiência e no cotidiano."¹⁰ Assim Bourdieu trata de espaço e tempo. Essas categorias classificatórias são categorias de "gosto", não no sentido estrito, mas no geral, de toda a extensão de nossos hábitos e práticas mais imediatos.

Essa reinvenção atual do termo *hábitus* é inédita em Bourdieu e difere profundamente dos estudos e conceitos de hábitos apresentados anteriormente. Em primeiro lugar, *hábitus* tem nele implícito o ser ontológico e social – "atores ao mesmo tempo coletivos e individuais!" –, enquanto que anteriormente era estruturalmente parte do ser-individual. Em segundo lugar, dentro da sociologia reflexiva, "há em Bourdieu uma 'dualidade de estruturas' em que as estruturas não são apenas o resultado, mas o meio reflexivo da ação. Pelo que aí está, Bourdieu se aproxima dos estudos anteriores sobre o cotidiano.

A contribuição desses aportes para o Método Terapia Ocupacional Dinâmica está na busca de compreender a complexa existência do homem-social, e particularmente nessa sociologia ontológica, em termos de "esquemas" classificatórios, que permitem, ainda dentro da sociologia, "interpretar" o imediato não pensado constitutivo do ser. Usando o termo refletir no sentido de pensar e espelhar pode-se tomar o *hábitus* como instrumental de análise do cotidiano

de um sujeito que, apesar de perdas, é um ser-social, onde as ações, as pessoas, o fazer, a cultura, a linguagem e o consumo são partes de uma concepção do mundo e vice-versa

Discussão

Em tempo e lugares diferentes, dois literatos idilicamente nos apresentam o hábito e o cotidiano.

Graham Greene, (1951), companheiro dos cientistas e do tempo e do espaço, descreve a solidão de seus hábitos:

"Quando jovens, criamos hábitos de trabalho que acreditamos eternos e capazes de suportar qualquer catástrofe. Durante mais de vinte anos, consegui escrever uma média de quinhentas palavras por dia, cinco vezes por semana. Consigo produzir um romance em um ano, o que me permite um bom espaço de tempo para revisão e correção de texto. Sempre fui muito metódico e quando minha cota de trabalho está terminada, interrompo mesmo que seja no meio de uma cena. Uma vez ou outra, durante o trabalho da manhã, conto quantas palavras escrevi e marco, de cem em cem, no manuscrito. O editor não precisa fazer uma revisão muito cuidadosa do meu trabalho, pois na primeira página do texto datilografado está assinalado o número 83.764. Quando eu era jovem, nem mesmo um caso de amor alterava meus horários". 11

Antes dos cientistas, no célebre *Germinal*, publicado em 1885, Zola faz uma pintura precisa e épica da vida cotidiana. A qualidade da informação é valorizada pela abundante documentação literária, como a de campo. Suas numerosas notas foram colhidas durante sua viagem a Anzin, região de mineração, em 1884. O mundo dos mineiros é apreendido ao vivo. Para este fim, uma tradução leiga de versão francesa:

"... o mineiro praticante aconselha-o a guardar

seus instrumentos e empresta-lhe uma picareta e um capacete destinado a proteger a cabeça. ... sua lamparina é presa por um botão de pressão no couro de sua picareta." "E, o conhecia bem, esse ar contaminado, esse ar de morte como dizem os mineiros; abaixo o sujo gás asfíxiante e acima o gás leve que clareia e ensombrasse num só golpe, todos os cantos de uma fossa e centenas de homens. Desde sua infância ela avaliou de maneira intensa, que teria que suportar, mesmo que mal, as orelhas zumbindo e a garganta em fogo" "Durante dez horas os rins machucados, ela rodava sua roda, em frente a uma mangueira ardente, a carne cozida pelos quarenta graus de calor. Ela ganha na condição de grau inferior, trinta" "Ele prendia um bloco de carvão entre suas coxas, sentado na terra, as pernas esticadas, desfazendo a golpes de martelo fragmentos de xisto; e um pó nojento envolvia aos bordões, a fumaça negra cheia de impurezas". "O corte onde fui tinha muito grisú. Sente-se lá um peso sobre os olhos. O corte estava seco, outros são úmidos, deixando a água cair sobre os cortadores. Ao calor se junta a água... a sensação de vento violento e frio...". 23

Estes recortes envoltos em poesia dão ao imaginário a possibilidade de uma visão comprovada na obra de um cotidiano previsível de homens e mulheres numa mina ou em torno dela: o lugar, o tempo, as condições de trabalho e as nefastas conseqüências de pobreza, insalubridade e de dores de um cotidiano que terminam fatalisticamente na doença. A grandeza dos literatos que descreveram aos cientistas o cotidiano é que nunca deixaram de mostrar que ele está no plural, no social.

À primeira vista, falar em cotidiano nos leva a pensar diretamente em ações que dizem respeito a nossas rotinas, ou então a tudo que se realiza empiricamente, repetidamente como os hábitos. É o viver o dia a dia de uma forma banal. Nestas associações populares podemos encontrar as raízes de idéias como o vulgar (de vulgo= o povo,

a plebe); trivial (notório, comum) e corriqueiro (correr); por outro lado, pensar o cotidiano a partir de um prisma teórico implica em uma discussão mais específica ou, segundo Heller (1977), "descobrir o incomum no repetido".

Explorar o cotidiano a partir destas discussões teóricas (ou deste prisma) nos leva a uma discussão e compreensão sobre a construção de um campo do fazer construído e com coerência própria, e não apenas como reflexo do acaso, mas um espaço onde o acaso, o repentino pode intrometer-se, apresentando o encontro, o prazer, o desejo como um lapso na cotidianidade permitindo assim transformações e modificações.

O conceito de cotidianidade apresentado em todos os autores vistos anteriormente apresenta um fenômeno cultural importante, apresentando o cotidiano discutido no plano de construção da sociedade.

O conceito de cotidianidade pode ser assim descrito por nós, a partir do estudo dos autores citados. Cotidianidade é um conjunto de procedimentos que formam o tecido da atividade social, procedimentos estes que são da ordem tanto do individual (uma vez que são práticas rotineiras do indivíduo na manutenção de sua vida pessoal), quanto do coletivo (são práticas que efetivam construções históricas ao determinarem as maneiras majoritárias de fazer as coisas num grupo social) (Tedesco, 2003).

A rotina e os hábitos, entendidos como características da cotidianidade, introduzem uma certa sucessão nas atividades da vida cotidiana. A relação sujeito-sociedade, alimentada por uma importante discussão pluralista no debate sociológico, merece nos nossos estudos um foco mais específico. É nesta relação – vida cotidiana, construção pessoal na prática social – que encontra-se a linha de raciocínio do nosso estudo como terapeutas ocupacionais. Se para os autores das ciências sociais a transformação se dá pelo

cotidiano e pela cotidianidade no sentido de sua hierarquia, heterogeneidade, isto é, a transformação se dá pela supressão do cotidiano e, a partir daí, de uma continuidade ou retorno a uma outra realidade pessoal ou elaboração possível. Por outro lado a clínica da terapia ocupacional é criada no encontro de um cotidiano possível, pois ele é ou foi violentamente transformado, pela sua interrupção e não pela sua supressão. O cotidiano da clínica terapia ocupacional, um encontro-construção, é também espaço para "provocar" transformação.

Nos estudos das Ciências Sociais o cotidiano está sempre compromissado com o social, lembrando que o objetivo final da terapia ocupacional – inserção social – cria o compromisso com a multiplicidade de olhares deste conceito.

Cotidiano no método terapia ocupacional dinâmica

Da originalidade de Slagle (e isto nos dois sentidos), o *ceto* reafirma sua herança e propõe atualizações.

– Sobre o propósito inicial da Terapia Ocupacional: reconstruir, reedificar ou reeducar o paciente, mentalmente, fisicamente e socialmente, de acordo com a necessidade individual e com a máxima habilidade do paciente. Este propósito absolutamente pertinente na época sofre atualização na medida em que fazer de novo ou diferente não remete ao refazer e sim ao desenvolvimento e evolução na participação social.

– Sobre o novo paradigma: Slagle, em oposição ao paradigma médico, cria ao mesmo tempo a profissão e a técnica de treinamento de hábitos, ambas calcadas em espaços de saúde ou saudáveis. O pressuposto original, o da Medicina, de enfrentamento e/ou aplacamento de sintomas, passa a ser evolutivamente substituído pelos fundamentos do "fazer" para construir cotidianos

e com a qualidade do "bem-estar", apesar de doenças, dificuldades ou deficiências.

Quando se afirma a criação por Slagle de um novo paradigma através do qual a Terapia Ocupacional foi criada, confirmamos antes de tudo que a profissão tem o sentido de existir com independência e liberdade, uma vez que seus profissionais não estão apenas para cumprir procedimentos estabelecidos por hierarquia e ordem no paradigma médico. O paradigma está estabelecido pela primeira idéia, pelo primeiro modelo de Slagle e que pode continuar (e espera-se que assim seja) para sempre como o da Terapia Ocupacional.

O *ceto* não tem a pretensão de alterar, mudar ou trocar esse paradigma, apenas tem procurado estabelecer um novo método de assistência, ensino e pesquisa em acordo com esse paradigma.

O Método Terapia Ocupacional Dinâmica criado no *ceto*, com a função de propiciar a assistência, o ensino e a pesquisa, fundamenta-se no tempo e no espaço pelas observações e investigações da clínica.

Ao introduzir o termo *método*, ressalta-se que a palavra deriva do latim *methodus* e do grego *methodos*, donde o prefixo "meta" tem o significado de "através de", e "hodos" o de "caminho, estrada", resultando então, etimologicamente, um caminho através do qual se procura chegar a algo ou *um modo de fazer algo*. Poder-se-ia entrar aqui na discussão de ciências, mas este não é o caso. Trata-se então de ponderar um método dentro de um determinado paradigma.

Um método – extenso caminho de processos e procedimentos – não se esgota num conceito ou definição, então as publicações regulares do *ceto* percorrem em trilhas suas observações, investigações e construções técnico-teóricas.

Também seria incoseqüente a apresentação de

um resumo ou de uma compilação. Colocando-nos pessoalmente agora, repetimos em temas comentados que estão no seu todo editado em partes no conjunto das nossas publicações.

Quando introduzimos o método, também o fizemos com a clínica. Esta é entendida como o conjunto dos procedimentos que regem as ações no método terapia ocupacional dinâmica. Calcada numa ética e estética unidas, como já estudada em Wittgenstein (in Chauviré, 1989), que se estende à própria vida, optamos por pensar o não-cotidiano, a interrupção ou alteração da linha de continuidade de uma existência devido a doença, mudanças ou nas próprias intervenções médicas, necessárias e dolorosas através de uma estruturação cotidiana, apesar de doenças, deficiências, dificuldades, déficits e desvantagens.

Trata-se de construir ou recuperar a dignidade da experiência e da ação cotidiana. Dessa forma privilegiamos a saúde e particularmente a saúde mental, como gostamos de denominar na prática clínica, *espaços saudáveis mentais, físicos ou sociais*, observados através das capacidades e habilidades. Esta é a premissa para o fazer e a construção do cotidiano.

De uma população de excluídos, nosso sujeito-alvo tem sua vida cotidiana resgatada através de um diagnóstico situacional. O que faz, como faz, com quem e onde faz, como é apreciado por ele e pelo menos pelos que o rodeiam, isso tudo é que nos dá a primeira noção de sua vida cotidiana.

Entretanto, acreditamos não ser necessária mais que, excepcionalmente, uma intervenção direta nesse cotidiano. Se assim pensássemos teríamos que criar uma clínica baseada em tutela então diferente da proposta paradigmática de Slagle.

Um outro cotidiano, um espaço de fazer, de criar, de produzir, de construir e de reconstruir história, é oferecido no *setting* da terapia ocupacional. Em situações excepcionais consideramos nosso

setting estendido, como uma aplicação com mínimo de alterações, principalmente na conduta da terapeuta e na condução terapêutica.

Por fim, os temas já exaustivamente abordados: os procedimentos do método. Como Slagle, nos preocupamos com a formação da terapeuta ocupacional. Ela dizia de uma personalidade que como descrita contém os preceitos éticos e o estudo continuado como bases para o *conhecimento e cultura* em terapia ocupacional.

Há ainda uma escolha realizada. Neste mesmo número, Pierce discute profundamente *atividade e ocupação*. Por tudo que lá está a respeito do uso do termo *atividade* em terapia ocupacional e sobretudo pelo que já temos estudado, definido e conceituado do termo *atividades* no método terapia ocupacional dinâmica, fechamos num círculo, necessariamente em algum lugar aberto, uma proposta dinâmica de assistência, ensino e pesquisa.

A definição de atividades, instrumento escolhido para o método, é sem dúvida o desencadeante nuclear do nosso conceito de relação triádica.

Este conceito, como consequência, torna-se pressuposto e premissa para todas as técnicas estudadas, investigadas, criadas, desenvolvidas, alteradas, adaptadas e publicadas por nós três e todos os nossos colegas estudiosos-construtores do método. Entendemos a complexidade que propomos ao estudo dos procedimentos da terapia ocupacional, mas a necessidade de ruptura com o senso-comum ou "empréstimos" teóricos sem o estudo epistemológico explica por si mesmo os perigos que um raciocínio pouco reflexivo encerra. As referências bibliográficas apenas indicam, nesta busca de sistematização, um panorama proposto e estudado por nós neste momento. Entretanto, para se conhecer o método terapia ocupacional dinâmica, os estudos teóricos precisam ser associados e articulados à pesquisa,

à clínica e fundamentalmente à formação do terapeuta ocupacional.

Confirma-se agora a hipótese de que este artigo não teria conclusão, mas sim continuidade, e não só através das três autoras, mas sim por qualquer autor que partilhe desse nosso cotidiano.

Pais, em *Sutil senhor* (1995), conta que Einstein foi construindo ao longo de sua vida uma rotina que seguia a risco, hábitos que nunca abandonou e que eram estimuladores: ... "costumava referir-se à leitura cotidiana de *The New York Times* como o seu tratamento de adrenalina"¹⁶. Eis aí "o sujeito" da transformação do cotidiano e da cotidianidade com o sentido de uma vivência transformadora.

Referências bibliográficas

1. Ferreira, A B.H, Novo dicionário da língua portuguesa, Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1986.
2. Benetton, M.J. A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações em Saúde Mental. Tese de Doutorado, Campinas, 1994.
3. Boirel, r, e col, Les Theories de l'Action Ed. Hachette, Paris 1972.
4. Bourdieu, P. O poder simbólico. Bertrand Brasil, 2001.
5. Certeau, M. A invenção do cotidiano 1. (Artes do fazer) e 2 (Morar, cozinhar). Ed Vozes, Petrópolis, 1999 2002.
6. Chauviré, C. - Wittgenstein, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1989 pg 110, 117, 118
7. Cunha, A.G Dicionário etimológico da língua portuguesa. Nova Fronteira, 2002.
8. Freire Costa, J. Prefácio in Agnes Heller entrevistada por Francisco Ortega. R.J. EDUERJ, 2002.
9. Freud, S. Obras completas, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, Espanha, 1981.
10. Giddens, A, Beck, U., Lash, S. Modernização reflexiva, Editora Unesp, São Paulo, 1995.
11. Greene, G., Fim de caso, Editora Record, Rio De Janeiro, 1951
12. Heller, A. Cotidiano e história. Paz e Terra Filosofia. São Paulo, 2000.
13. Jacobs, K, Quick Reference Dictionary for Occupational therapy, Karen Jacobs, EdD, Massachusetts, 1997.
14. Lefebvre, Henri, Critique de la vie quotidienne. L'Arche. Paris, 1981.
15. Lukács, Ontologia do ser social I e II. Ciências Humanas, 1979.
16. Pais, Sutil Senhor, A ciência e a vida de Albert Einstein, Editora Nova Fronteira Rio de Janeiro, 1995.
17. Robert, P., Le Nouveau Petit Robert, Dicchinnaires Le Robert, Paris, 1996.
18. Slagle, E.C. Treinando ajudantes para pacientes com deficiência mental. *Revista do ceto* (8), São Paulo, 2003.
19. Thuillier, G., Pour une histoire du quotidien au XIX e siècle en Nirvernais, Mouton & EHESS, Paris 1977.
20. Turato, E.R. Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Quantitativa. R.J. Editora Vozes, 2003.
21. V. Egger "La Naissance contraiguante des habitudes", in Annales de la Faculté de Bourdeaux, 1880).
22. Willard & Spackman, Occupational therapy, Lippincott-Williams&Willians, Philadelfia, 1998.
23. Zola, Germinal, Éditions Gallimard, Paris, 1910.

Publicações ceto:

Benetton, M.J. *Trilhas associativas, Ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional*, ceto e Diagrama & Texto, São Paulo, 1999.

Revista do ceto, n^{os} 1,2,3,4,5,6,7 e 8
vide artigo nesta mesma edição

Fatores ambientais que influenciam a organização e os processos plásticos do sistema nervoso

Nelson Francisco Annunciato

Prof. Dr. pelo Instituto de Ciências Biomédicas da USP

Claudia Eunice Neves de Oliveira

Mestra em Distúrbios do Desenvolvimento Pela Universidade Presbiteriana Mackenzie

nelson.annunciato@web.de

Resumo

O sistema nervoso (SN) se destina ao controle geral de todos os órgãos e sistemas. Está continuamente em atividade com funções extremamente importantes como o de adaptar o organismo às modificações internas e externas, mantendo o seu meio interno admiravelmente constante.

Tudo o que somos, nossos pensamentos, alegrias, tristezas, frustrações, ansiedades, a análise do passado, a percepção do presente, a projeção do futuro (planos), depende crucialmente das células nervosas e de suas conexões. Em nenhuma outra parte do corpo humano as conexões entre as células são tão críticas para o adequado funcionamento do órgão, como no SN.

A neuroplasticidade se refere à capacidade que o SN possui em adaptar algumas das suas propriedades morfológicas e funcionais em resposta às modificações do ambiente. Neuroplasticidade não se traduz em cura, mas sim, em um processo contínuo, podendo ser, didaticamente, classificado em: (1) plasticidade

durante os processos de desenvolvimento, (2) aprendizagem e memória e, (3) após processos lesionais. Deste modo, a análise dos aspectos plásticos do SNC, permite relacioná-lo a vários fatores ambientais, como o estado emocional, idade e sexo do paciente e o nível cognitivo, dentre outros. Estes interferem direta ou indiretamente na plasticidade do SNC e, conseqüentemente, na reabilitação do paciente. Assim, procura-se, através de uma fundamentação teórica, levar ao leitor algumas bases para a prática clínica, buscando uma nova visão sobre as perspectivas de reabilitação do paciente neurológico.

Palavras-chave: neuroplasticidade, lesão SNC, fatores ambiente, reabilitação neurológica.

O sistema nervoso (SN) é destinado ao controle geral de todos os órgãos e sistemas. Está continuamente em atividade com funções extremamente importantes como o de adaptar o organismo às modificações externas, mantendo o seu meio interno admiravelmente constante através de sistemas como o vegetativo e o hormonal.

Tudo o que somos, nossos pensamentos, alegrias, tristezas, frustrações, ansiedades, a análise do passado, a percepção do presente, a projeção do futuro (planos), tudo isto depende crucialmente das células nervosas e de suas

conexões elétricas, químicas e, até mesmo, gasosas.

Em nenhum outro lugar as conexões entre as células são tão críticas para o adequado funcionamento do órgão, como no SN. O cérebro, por exemplo, é o único órgão que conhecemos, o qual procura compreender como ele evoluiu filogeneticamente (evolução das espécies), como ele se desenvolve ontogeneticamente (desenvolvimento individual), como aprende, esquece, trabalha, descansa, o que acontece quando há uma lesão, o que acontece após esta lesão etc. Enfim, é o único órgão que procura compreender a si mesmo. É o órgão responsável pela criação de civilizações e, por vezes, pela destruição das mesmas.

Curiosamente, há não muitos anos atrás, estudantes recebiam a informação de que as células nervosas humanas eram tão especializadas que se tornava inviável repará-las. Entretanto, hoje já se sabe que o SN como um todo pode e reabilita a si mesmo e de maneira regular. Um importante alvo das neurociências é aprender a estimular adequadamente as células nervosas para que elas possam ter um poder plástico mais exuberante, (re)fazendo conexões úteis e funcionais.

Sempre que se fala sobre o SN, devemos ter em mente que ele é um todo, único, indivisível, altamente integrado, cindido apenas com finalidades didáticas. Assim, ainda que se faça uma divisão anatômica e funcional do mesmo, ele se desenvolve, organiza-se, processa, aprende, age e reage como um todo.

Para que este SN possa se organizar e, mais tarde, controlar adequadamente as inúmeras funções a ele atribuídas, necessita-se de um **programa genético** e de **fatores epigenéticos** adequados, ou seja, todos os fatores que não pertencem ao programa genético: fatores ambientais.

O **programa genético** oferece possibilidades importantes para um desenvolvimento normal, ou não, do SN, haja vista que determinadas mutações neurogênicas culminam em diferentes graus de má-formação neuro-anátomo-funcional. De outro lado, os **fatores epigenéticos** não alteram o programa genético, mas influenciam a expressão deste programa. Como exemplo clássico, pode-se citar a Síndrome da Privação, onde crianças hospitalizadas por um longo período ou que crescem em orfanatos têm, geralmente, um atraso na aquisição de uma série de funções sensitivo-motoras, como, p. ex., atraso na aquisição da linguagem articulada, dissociação entre o cíngulo do membro superior e inferior (outroza denominados cinturas escapular e pélvica, respectivamente), marcha etc.

Desta forma, através dos dois itens acima (programa genético e fatores epigenéticos), temos a biografia de cada indivíduo, a qual é a base para as diferenças individuais.

A influência do ambiente sobre a organização do SN

Torna-se, aqui, pertinente citar um outro exemplo gritante para se compreender como o meio-ambiente pode influenciar o desenvolvimento do SN. Citaremos, assim, um experimento realizado por *Frederich II*, na Europa. Sob a orientação dele, duas crianças foram criadas em um porão. Todos os cuidadores destas crianças receberam ordens explícitas para nunca produzir nenhuma palavra quando da vizinhança com as crianças. *Frederich II* estava interessado em determinar se a linguagem articulada (fala oral) seria produto herdado (genético) ou ambiental. Evidentemente, nenhuma linguagem oral se desenvolveu nestas crianças, as quais, passados alguns meses, vieram a falecer (muito possivelmente pela carência afetiva – Síndrome da Privação).

Algumas décadas de pesquisas científicas demonstraram que a plasticidade nervosa não ocorre apenas em processos patológicos, mas assume, também, funções extremamente importantes no funcionamento normal do organismo. Aqui, por exemplo, podemos citar as importantes organizações das conexões nervosas que têm lugar durante o desenvolvimento pré e pós-natal do indivíduo. Muitas dessas conexões, como sabemos, não podem ser determinadas somente por um programa genético e, mais tarde, no adulto, suas funções neuronais de *adaptação* dependerão de condições do ambiente. Assim, uma das primeiras formas de plasticidade nervosa é, com frequência, denominada de "*amadurecimento estímulo-dependente*" (fatores epigenéticos) da parte Central do SN (SNC). Uma segunda forma da plasticidade, em um organismo normal, pode ser entendida como "*processo de aprendizagem*", no qual são considerados tanto o aprendizado neuromuscular quanto o aprendizado cognitivo (memória). Os dois processos se baseiam em mecanismos fisiológicos semelhantes e constituem a base para uma *organização normal do sistema nervoso, bem como para uma reorganização após processos lesionais e/ou terapêuticos*. O que torna esses processos especialmente interessantes é o fato de que eles são direcionados por atividade neural e, por conseguinte, são influenciados através de estimulação periférica, uma vez que *todas as percepções do nosso corpo e do meio que nos rodeia são captadas e conduzidas ao SNC através dos sistemas dos sentidos*.

Assim, para expressar um comportamento, necessitamos de um controle sensitivo-motor adequado, o qual carece de informações provenientes de sensores (receptores). Deste modo, os órgãos dos sentidos são responsáveis pela captação dos estímulos físicos, para que os mesmos possam ser transformados em informações neurais.

A partir daí, o SN pode processar as informações para que as mesmas se transformem, posteriormente e de acordo com a necessidade, em atividade neuromuscular (fig. 1):

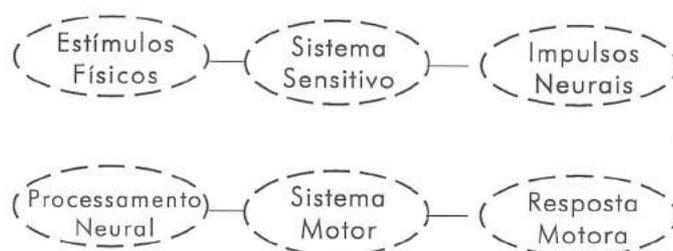


Fig. 1. Esquema dos fenômenos que compreendem desde a codificação de estímulos físicos através de receptores, até a resposta motora.

Em outras palavras, a seqüência de eventos que acontece neste processo, pode ser assim resumida: primeiramente, há a **captação** dos estímulos físicos (codificação) pelos receptores (fotorreceptores, táteis, térmicos, auditivos etc). Os estímulos são *transportados* até o SNC, através dos impulsos nervosos (códigos). Quando os impulsos chegam ao SNC eles são *decodificados* e é neste momento que o SN percebe o que acontece; depois da decodificação as informações são *avaliadas* sobre a importância / urgência das respostas a serem dadas, *integradas*, a fim de que o sistema possa desenvolver uma memória e possa comparar informações, para assim, *preparar* o(s) movimento(s) (planejamento e seqüência) e posteriormente, *executá-los*.

Estágios da plasticidade da parte central do sistema nervoso

Neuroplasticidade pode ser definida como a capacidade que o SN possui em alterar algumas de suas propriedades morfológicas e funcionais em respostas às modificações do ambiente. De tal modo que a neuroplasticidade não se traduz em cura, mas sim em um processo que ocorre

continuamente, podendo ser, didaticamente, classificado em: plasticidade durante os processos de desenvolvimento, aprendizagem e memória, e após-processos lesionais.

Corroborando, a plasticidade neural pode ser compreendida como a capacidade intrínseca das células nervosas em:

- formar novas conexões;
- tentar refazer conexões perdidas;
- lutar contra alterações químicas e ou estruturais;
- lutar contra lesões e ou doenças;
- modificar suas atividades, se o meio ambiente (tanto o microambiente, no qual elas se encontram, como o meio ambiente externo ao corpo) modificar-se e/ou nos processos de armazenamento de informações (memória).

1. Desenvolvimento

O desenvolvimento do SN é o resultado de uma seqüência de processos complexos e altamente especializados. Durante o desenvolvimento embrionário, tem-se (a) a *indução* do tecido nervoso e (b) a *proliferação* celular, a qual se caracteriza pela multiplicação das células. Posteriormente, tem-se (c) a *diferenciação celular*, quando células indiferenciadas, por expressão genética, passam a ser neurônios e células gliais. Depois, estas células precisam se posicionar nos seus locais adequados e, para tanto, os neurônios (d) migram em direção ao seu destino final. Após a migração, os neurônios tendem a aderir aos seus similares morfológicos e funcionais. Esta organização é uma das etapas para a formação das partes funcionais do SN, como, por exemplo, (e) a *agregação* entre os neurônios nas lâminas corticais cerebrais.

Pouco se sabe sobre o fascinante fenômeno de como as células definem sua união. Há a hipótese

de que sinais são enviados para orientar os neurônios e, de algum modo, os aspectos direcionais e temporais determinam o seu fim. A agregação seletiva é também explicada pelas afinidades químicas entre as células mediadoras ou, muito possivelmente, por moléculas de adesão. Assim, os neurônios projetam seus ramos axonais, formam sinapses, processo conhecido por sinaptogênese e, ainda, 50% a 60% das células nervosas produzidas sofrem (f) a *morte celular programada* (MCP). Este fenômeno ocorre tanto no SNC quanto na parte periférica do mesmo (SNP). Acredita-se que o declínio no número de células seja (1) um reflexo da competição entre diferentes axônios, aqueles que inervam a mesma célula alvo e, também, (2) por regulação na quantidade limitada de fatores tróficos.

Concomitantemente ao processo de migração, ocorre a mielogênese, a formação do envoltório de mielina, a qual auxiliará no aumento da velocidade de condução do impulso nervoso, pois, como se sabe, axônios mielínicos transportam informações com velocidades extremamente altas (até 120 m/s).

A maturação do SN tem início no período embrionário, porém termina somente na vida extra-uterina. Destarte, esta maturação, como vimos acima, sofre influências dos fatores genéticos, do micro-ambiente embrionário e, também, do ambiente externo. Este último tem grande importância no desenvolvimento, tornando-se, pois, necessário expor a criança aos adequados fatores ambientais para a interação das regiões cerebrais e para promover as alterações estruturais celulares, o que permite o desejado desenvolvimento de suas habilidades perceptuais, motoras, cognitivas e sociais.

A *Terapia Ocupacional*, através de seu trabalho preventivo e terapêutico, prima por ofertar fatores epigenéticos ao SN, os quais, captados através dos

Órgãos dos Sentidos (ver Fig. 1), auxiliam o SN a se organizar e/ou reorganizar.

2. Aprendizagem e memória

O aprendizado é o processo através do qual os seres humanos e outros animais adquirem conhecimento sobre o mundo (*aquisição*), enquanto que a memória é a capacidade de guardar esta aquisição (*conservação*) e, intrinsecamente, a capacidade de resgatá-la (*evocação*) quando necessário.

Aprender e memorizar constituem fenômenos que ocorrem a qualquer momento na vida de um indivíduo, seja criança, adulto ou idoso. A qualquer momento, pode-se aprender algo novo, formar conceitos e alterar o comportamento de acordo com o que foi aprendido.

Nas terapias, dentre outras coisas, tem-se por objetivo fornecer um aprendizado (*habilitação*) e/ou reaprendizado (*reabilitação*) motor, os quais se caracterizam por utilizar a memória implícita.

Durante o processo de aprendizagem há importantes modificações nas estruturas e funcionamento das células neurais e de suas conexões, ou seja, o aprendizado promove modificações plásticas, tais como: crescimento de novas terminações e botões sinápticos (ou seja, crescimento de axônios), crescimento de espículas dendríticas (local onde ocorrem as sinapses), aumento das áreas sinápticas funcionais, estreitamento da fenda sináptica (quanto menor a fenda sináptica, mais próximas estão as células nervosas e mais facilmente são transportadas informações), mudanças de conformação de macroproteínas receptoras presentes na membrana pós-sináptica (o que facilita a recepção das informações conduzidas pela célula anterior), incremento de neurotransmissores (potencializando a transmissão de informações).

Através do aprendizado e da memorização

tomamos conhecimento do mundo, formamos o nosso próprio mundo e mostramos ao mundo quem somos.

Aqui, novamente, o trabalho da Terapia Ocupacional faz por permitir um melhor aprendizado sensitivo-motor, bem como uma melhor retenção (memória neuro-muscular) destas informações.

3. Após lesão neural

Para se compreender este terceiro estágio, faz-se mister um conhecimento básico dos mecanismos de lesão cerebral. Durante um dano cerebral, muitos eventos ocorrem simultaneamente no local da lesão e distantes dele. Em um primeiro momento, as células traumatizadas liberam seus aminoácidos e seus neurotransmissores, os quais, em alta concentração, tornam os neurônios mais excitados e mais vulneráveis à lesão. Neurônios muito excitados podem liberar o neurotransmissor glutamato (este é o neurotransmissor excitatório mais abundante no SNC), modificando o equilíbrio do íon cálcio e induzindo seu influxo para o interior das células nervosas, o que ativa várias enzimas tóxicas e leva os neurônios à morte. Esse processo é chamado de excitotoxicidade.

Ocorre, também, a ruptura de vasos sangüíneos e/ou isquemia cerebral, diminuindo os níveis de oxigênio e glicose, os quais são essenciais para a sobrevivência de todas as células. A falta de glicose gera insuficiência da célula nervosa em manter seu gradiente transmembrânico, permitindo a entrada de mais cálcio para dentro da célula, ocorrendo um efeito cascata. Por exemplo, sabe-se hoje que os níveis de insulina e de glicose influenciam fortemente o tônus muscular: quando menor o nível de insulina, com conseqüente aumento do nível de glicose, menor o tônus muscular.

De acordo com o grau do dano cerebral, o estímulo nocivo pode levar a ruptura da membrana celular à necrose das células nervosas, culminando em uma liberação do material citoplasmático, o que, por sua vez, lesa o tecido vizinho; ou pode ativar um processo denominado apoptose, onde a célula nervosa mantém sua membrana plasmática, portanto, não liberando seu material intracelular, não havendo liberação de substâncias com atividade pró-inflamatória e, assim, não agredindo outras células, sofrendo, contudo, uma "implosão". A apoptose é desencadeada na presença de certos estímulos nocivos, principalmente quando da toxicidade pelo glutamato, estresse oxidativo e alteração na homeostase do íon cálcio.

Em geral, a lesão, além de interferir diretamente em um neurônio, afeta os demais neurônios, pois estes trabalham em cadeia e trocam substâncias entre si, levando, então, a um desarranjo em toda a trama de conexões neurais, com ampliação da lesão em rede. Isto explica porque uma determinada área cerebral lesada leva a alterações para outras regiões interconectadas. Esse processo é denominado de degeneração transneuronal e pode, por vezes, ser observado em neurônios longínquos da lesão, ou seja, a degeneração ultrapassa as regiões com as quais o neurônio lesado mantinha conexões diretas.

Com todos esses acontecimentos, o SNC tenta se defender e ativar outras células, como os macrófagos, presentes na corrente sangüínea, os astrócitos e as micróglia, os quais iniciam a função de fagocitose, para retirar os materiais tóxicos e indesejáveis ao SNC.

As células da glia promoverão uma cicatriz glial no local do trauma na tentativa de deter a perda do fluxo citoplasmático de neurônios lesados. Essa cicatriz, por vezes, torna-se uma barreira, que impede neurônios saudáveis de formar novas conexões.

A lesão promove, então, três situações distintas:

- (a) uma em que o corpo celular do neurônio foi atingido e ocorre a morte do neurônio, sendo, neste caso, o processo irreversível para este neurônio;
- (b) o corpo celular está íntegro e seu axônio está lesado ou
- (c) o neurônio se encontra em um estágio de excitação diminuído, onde os processos de reparação começam a surgir.

Fatores que influenciam a plasticidade da parte central do sistema nervoso

Para uma adequada intervenção terapêutica é necessário que o profissional seja conhecedor de alguns itens que interferem, direta ou indiretamente, nos processos plásticos, de aprendizagem e memória e, conseqüentemente, na terapia e habilitação / recuperação do paciente neurológico.

1. Idade do paciente

Apesar das afirmações de que a capacidade neuroplástica decresce com o envelhecimento e possui seu ápice apenas no início da ontogênese, já se verificou, inúmeras vezes, que os processos neuroplásticos ocorrem tanto em crianças como em adultos jovens ou idosos.

Em geral, a maioria dos trabalhos sugere que os danos precoces no SNC debilitam menos do que quando ocorrem no sistema mais maduro. Hans-Lucas Teuber (1971), um eminente neuropsicologista, baseado nos trabalhos publicados na década de 40 por Margaret Kennard, expressou esta noção mais diretamente quando escreveu: "Se eu tiver que sofrer uma lesão cerebral, ser-me-ia preferível tê-la mais cedo do que mais tarde em minha vida."

Outros, todavia, não se deixaram convencer completamente pelas afirmações de Kennard e

Teuber. Dentre eles pode-se citar o brilhante Donald Hebb, que sugere claramente em seus trabalhos que os conceitos iniciais lançados por Kennard estavam errados. Hebb e tantos outros cientistas informam, por exemplo, que quando os danos cerebrais ocorrem em adultos, afetam menos o comportamento do que quando o mesmo tipo de dano ocorre em crianças.

Stein *et al.* (1995) reforçam firmemente as idéias de Hebb e salientam que não há regras rígidas e que o SNC age diferentemente à lesão em diferentes estágios do seu desenvolvimento.

O que parece realmente importante é saber que o SNC se reorganiza após uma lesão e que este pode ser o fator determinante para que haja a recuperação, ainda que parcial. O truque seria, então, poder determinar porque, de uma maneira mais global (mas não exclusiva), algumas as crianças têm uma melhor habilitação ou reabilitação e outras não.

O problema real é que não parece haver nenhum tipo de regra direcionando a plasticidade em fases mais tenras da vida. Por vezes, parece que uma lesão encefálica tem menos impacto nos indivíduos em desenvolvimento infantil do que em indivíduos com o mesmo tipo e grau de lesão, porém com idades mais avançadas. Outras vezes, porém, o reverso parece ser verdadeiro.

2. Diagnóstico

O correto diagnóstico, baseado em uma ótima anamnese, exame físico, testes neurológicos, exames de imagens e exames laboratoriais, favorece um adequado programa terapêutico. É importante frisar que, quanto mais precoce for diagnosticado o distúrbio, mais precoce inicia-se a intervenção terapêutica e maiores serão as chances de habilitação ou reabilitação.

3. Programa terapêutico

O programa terapêutico do paciente neurológico envolve, geralmente, além das especialidades médicas, as áreas de terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, tratamentos medicamentosos, cirúrgicos, órteses, próteses e quaisquer outros planos de tratamento que visem à recuperação funcional do paciente.

A reabilitação motora, nestes pacientes, tem como função promover o melhor nível de funcionamento do aparelho neurolocomotor e a aprendizagem ou reaprendizagem e automatização de habilidades motoras a serem realizadas pelo paciente em seu dia-a-dia, ou ainda, promover a adaptação do paciente a uma nova realidade.

Sempre que se planeja uma intervenção, é preciso saber por que fazê-la e quais objetivos devem ser atingidos. Além disso, as intervenções devem ser significativas para o paciente, e este deve saber por que está realizando aquela tarefa, não bastando apenas executá-la. Assim, a tarefa requer uma estratégia funcional e comportamental.

Os exames laboratoriais devem sempre servir como coadjuvantes do diagnóstico, haja vista que eles facultam estabelecer diagnósticos diferenciais. Entrementes, jamais se deve esquecer que a clínica é soberana e que toda e qualquer avaliação deve ser funcional. Em realidade, deve-se sempre tratar de pacientes e não de exames de laboratório.

Atente-se, ainda, para o fato de que, conscientemente, utilizamos acima a expressão "programa terapêutico" e não "método terapêutico". Como apontamos, o programa terapêutico é algo maior e envolve toda uma equipe interdisciplinar, além de conhecimentos complexos e precisos. Porém, aquele que domina apenas um método terapêutico procura sempre

adaptar o paciente ao método. Somos, outrossim, da opinião de que, em realidade, o Programa Terapêutico é que deve ser adaptado ao paciente e às suas necessidades. Não se pode, assim, crer que com apenas um método se possa lograr sempre o êxito esperado com todos os tipos de pacientes.

4. Início e duração da terapia

Os processos de reorganização do SNC (ver acima item 3) começam a acontecer logo após a lesão. Não se sabe qual processo começa primeiro ou qual acontece em maior frequência e duração, mas isto é o suficiente para saber que a reabilitação deve começar precocemente, evitando maiores falhas, procurando resgatar padrões de comportamentos mais próximos da normalidade e, para este fim, recomenda-se também a intensificação da terapia na fase inicial onde a plasticidade é efetivamente mais intensa, embora se saiba que ela pode perdurar anos.

Determinar a duração da terapia não é racional, uma vez que cada paciente responde de forma diferente à terapia e, certamente, não há um cálculo matemático onde se possa chegar a um número determinado de sessões terapêuticas.

5. Frequência e intensidade da terapia

É importante que o trabalho de reabilitação seja intensivo e contínuo para que possa surtir melhor efeito, isto é, o mesmo deve ocorrer diariamente, durante algumas horas, quando necessário e possível. Esta prática distribuída por vários dias produz taxas mais altas de aprendizagem do que quando concentrada em um único dia. Sabendo-se que o aprendizado-motor utiliza a memória de procedimento, torna-se necessário repetir inúmeras vezes a mesma ação para ela se fixar. Determinar quantas vezes se deve repetir cada ato motor para que ocorra a fixação não parece ser possível, pois há muitas variações,

principalmente de acordo com o grau de complexidade da tarefa, causa e local da lesão etc. Uma frequência e intensidade significantes permitem uma melhor qualidade dos *feedbacks* sensoriais, favorecendo a fixação do ato motor. Esta frequência e intensidade da tarefa motora são importantes, pois a restituição aprendida pode perder-se novamente, caso não seja utilizada em longo prazo. Torna-se, destarte, adequado manter uma ativação contínua ou periódica do sistema neural envolvido.

Nos programas terapêuticos onde não é possível um atendimento intensivo e contínuo, as orientações familiares são de enorme importância. Ensinar à família do paciente e orientar o próprio paciente determinadas condutas que auxiliam a terapia, trará grandes benefícios. Não significa transformar a família em terapeutas, mas, antes, em contar com uma valiosíssima contribuição, a qual, sobremaneira, pode fortalecer também os laços, inclusive motivadores, do binômio paciente-família.

6. Estado emocional

O estado emocional interfere diretamente no tratamento terapêutico. Dos vários estados emocionais que o paciente pode apresentar, dois são muito relevantes: motivação e depressão.

Motivação

Motivação é o processo mobilizador do indivíduo para uma ação. O paciente precisa estar, ou ser motivado, para a terapia. A motivação relaciona, basicamente, três fatores: (a) necessidade, a qual compreende um desejo, uma vontade, um interesse ou uma pré-disposição para agir; (b) ambiente, o qual estimula o indivíduo e que oferece o terceiro fator (c), que é o objeto. Quando o objeto não é encontrado, tem-se a frustração.

As tarefas devem ter um grau adequado em complexidade. Não podem ser muito difíceis que

o paciente não consiga realizar, gerando frustração, e não podem ser muito fáceis porque não motivam. Quando o paciente tem sucesso com a tarefa, este sucesso é um modo de reter a motivação.

Mas não é somente o paciente quem precisa estar motivado, a família do paciente, a sociedade e os profissionais da equipe terapêutica também precisam estar nesta mesma condição emocional. Os profissionais da saúde precisam estar motivados para o atendimento ao paciente e devem se precaver ao informar o diagnóstico e, principalmente, o *prognóstico* ao paciente e/ou à sua família, para não torná-los desmotivados, pois se isto acontecer quebram-se, neste momento, os vínculos importantíssimos entre "equipe terapêutica-paciente" e "equipe terapêutica-família".

Depressão

A depressão é um estado freqüentemente encontrado nos pacientes neurológicos, principalmente nos adultos. Esta pode ser vista como conseqüência das alterações físicas, químicas e ou psicossociais que suas patologias podem trazer. Independentemente de sua etiologia, a depressão deve ser adequadamente tratada, pois a mesma dificulta a reabilitação, visto que é comum o paciente apresentar sentimentos de desesperança e pessimismo, sensação de desânimo e dificuldade para se concentrar.

7. Ambiente

O ambiente terapêutico deve fornecer condições adequadas para o aprendizado ou reaprendizado do paciente, além de fornecer a maior qualidade de estímulos possíveis. Esta afirmação se baseia no fato de que a integração do paciente neurológico com o meio ambiente possibilita o surgimento de caminhos, tanto do ponto de vista

do substrato morfológico, quanto funcional, os quais podem contribuir conspicuamente para viabilizar a superação de obstáculos gerados pela lesão cerebral.

Dentre os ambientes terapêuticos menos enriquecedores, podemos citar o ambiente hospitalar, visto que os hospitais são projetados, evidentemente, para oferecer tecnologia médica eficaz e, geralmente, não estão preocupados com os aspectos psicossociais do ambiente. Possuem, na sua grande maioria, um ambiente estéril e impessoal, o qual pode limitar a capacidade de reorganização funcional dos pacientes. De outro lado, ambientes terapêuticos muito "poluídos" dificultam, também, a reabilitação. Ofertar diferentes e demasiados estímulos sensoriais simultaneamente não auxilia adequadamente o processo terapêutico, pois durante o processo de aprendizado ou reaprendizado o SNC precisa receber as mesmas informações, repetidas vezes, com certa ordem, para poder integrar estas informações e torná-las funcionais.

O ambiente terapêutico está além dos hospitais e clínicas. Inclui também o lar do paciente e todo o espaço social, como, por exemplo, escolas, igrejas e sociedades de bairro. Neste contexto encontra-se, mais uma vez, a importância da participação dos familiares e/ou cuidadores, bem como membros da sociedade em geral, os quais devem agir como facilitadores do processo terapêutico, visando a recuperação e integração social do paciente.

8. Características da lesão

Tempo no qual ocorreu a lesão

Lesões que ocorrem lentamente deixam, geralmente, menos seqüelas do que lesões súbitas. Por exemplo, quando um tumor cerebral cresce vagarosamente, demora mais para danificar o tecido vizinho, oferecendo maior oportunidade para

este tecido reagir e tentar se acomodar ao elemento estranho, promovendo o crescimento de ramos dendríticos e ou axonais, para, assim, manter suas conexões funcionais. Já as lesões súbitas, como um acidente vascular encefálico (AVE) ou um traumatismo crânio-encefálico (TCE), não fornecem às células que estão ao redor da lesão um tempo hábil para se reestruturar.

Extensão da lesão / disfunção

Quanto menor a extensão da lesão/disfunção, mais fácil será o crescimento axonal e melhor será o prognóstico terapêutico. De acordo com a morfologia do axônio, existe também uma maior ou menor contribuição para a neuroplasticidade. Assim, neurônios com axônios muito longos e que possuam um número maior de dendritos, são menos vulneráveis à degeneração do que neurônios com axônios curtos e com pouca ramificação dendrítica.

Local da lesão

Microscopicamente, danos que afetam o axônio em sua região mais distal do corpo celular estão mais propensos à regeneração do que lesões que atingem o axônio em sua porção mais proximal do soma.

Macroscopicamente, alguns danos, em determinados locais, deixam alguns indivíduos mais debilitados do que outros. Por exemplo, observemos o caso de um atleta que sofre uma lesão em área do córtex motor e comparemo-lo com um indivíduo sedentário, aquele quem sofre a mesma lesão, no mesmo local e com a mesma extensão. Certamente, mostrar-se-á o atleta, logo após a lesão, mais debilitado do que o indivíduo sedentário, porém, terá, com o decorrer do tempo, maior facilidade em recuperar suas funções devido às suas experiências pregressas. Estas experiências culminam, indubitavelmente, neste nosso exemplo, na formação de circuitos nervosos e contatos

sinápticos, os quais, neste momento, contribuem (facilitam) fortemente a reorganização do SN.

9. Sexo

Há tempos já se sabe que algumas lesões se expressam de forma mais ingrata nos homens do que nas mulheres e vice-versa. Pode-se citar aqui os clássicos exemplos de homens, os quais padecem mais de afasias do que as mulheres. De forma semelhante, encontra-se mais mulheres com dificuldades em recuperar a orientação têmporo-espacial do que os homens. Sabe-se, também, que os meninos costumam apresentar, com mais freqüência, um atraso na aquisição da linguagem oral do que as meninas da mesma idade. De forma semelhante, os meninos apresentam mais disfluências (gagueira) e dislexia do que as meninas da mesma faixa etária. Haveria, realmente, diferenças sexuais encefálicas que poderiam ditar tais disparidades?

Com o intuito de poder responder, ainda que parcialmente, tal questão, Donald Stein (1995) publicou, no final do século passado, interessantes trabalhos versando sobre estas diferenças. Stein e seus colegas observaram que ratas desenvolvem menos edema cerebral quando de uma lesão no córtex frontal, do que ratos. O edema cerebral é uma das maiores causas de morte após um traumatismo craniano e, de maneira impressionante, os machos exibem níveis muito mais altos de edema. Mais do que isso, eles foram capazes de verificar que as fêmeas, quando comparadas com outras fêmeas, também apresentavam diferenças. Por exemplo, quando as fêmeas exibiam um alto nível de estrógeno e baixo nível de progesterona, elas desenvolviam mais edema cerebral, ainda que este fosse bem inferior ao edema dos machos. Entrementes, quando eles simulavam uma gravidez nas fêmeas, reduzindo os níveis de estrógeno e elevando os níveis de progesterona, o mesmo tipo (local,

idade e características da lesão) dificilmente produzia qualquer tipo de edema. Estudos ulteriores da mesma equipe científica revelaram que a presença de progesterona era responsável pela ausência de edema, e não a ausência de estrógeno. Nos experimentos seguintes, estes investigadores resolveram, então, administrar progesterona aos machos lesados cerebrais para ver se isto poderia reduzir ou eliminar o edema. Mais uma vez, os resultados foram positivos. O tratamento com progesterona eliminou acentuadamente o edema nos cérebros dos ratos machos. Isto facilitou, indiscutivelmente, a clara facilidade apresentada por estes machos no que tange à habilidade para aprender novas tarefas e reaprender algumas perdas logo após a lesão.

Estes dados corroboram com a grande preocupação que deve estar presente por conta de um diagnóstico e prognóstico terapêutico, ou seja, qual o "estado orgânico" do indivíduo por ocasião da lesão? Por exemplo, estrógeno pode tornar alguns neurônios supersensíveis, de tal forma que eles poderiam ser super-excitados (ver item 3 acima) na presença de determinadas drogas ministradas com a tentativa de repor a perda de neurotransmissores excitatórios após determinadas lesões.

Não levar em consideração o complexo hormonal de um indivíduo no momento da lesão e da conduta terapêutica pode levar a conseqüências devastadoras se a droga vista, inicialmente, como benéfica, exacerbar a lesão, ao invés de diminuí-la.

10. Biografia do paciente

Para aqueles que militam na área da saúde, a biografia do paciente compreende tudo o que acontece com um indivíduo desde a sua fecundação, onde o indivíduo herda um programa genético, o qual poderá facilitar ou dificultar um desenvolvimento adequado, caso haja, nesta

segunda possibilidade, alguma mutação genética. A biografia compreende, assim, o desenvolvimento pré, peri e pós-natal, a infância, adolescência, fase adulta e velhice. Colher a maior quantidade de dados sobre a biografia do paciente favorece o programa terapêutico, pois assim a equipe terapêutica poderá se favorecer destes dados para, durante a terapia, utilizar materiais e linguagens que sejam apreciadas e entendidas pelo paciente. Por exemplo, se o paciente for um marceneiro, a terapia poderá utilizar-se de alguns materiais em madeira para estimulá-lo. Caso ele labute na área da informática, poder-se-ia utilizar, como coadjuvante terapêutica, um computador.

11. Comunicação

A comunicação na área da saúde é, também, fundamental para o bom entendimento entre (a) paciente - equipe terapêutica - paciente, (b) família - equipe terapêutica - família, (c) paciente - família - paciente, bem como (d) dentro de toda a equipe interdisciplinar. A comunicação não se constitui apenas na palavra verbalizada, mesmo porque muitos dos pacientes neurológicos não conseguem compreender e/ou evocar fonemas. Portanto, a comunicação não-verbal, a qual compreende toda a informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidade somática, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos, será um recurso muito apropriado para a equipe terapêutica interpretar com maior precisão os sentimentos do paciente, suas dúvidas, seus medos e anseios, criando assim, maior vínculo terapêutico e, deste modo, potencializando a terapia.

12. Condições físicas

O estado nutricional e o bom condicionamento músculo-esquelético propiciam maiores condições

físicas ao paciente neurológico, permitindo-lhe uma melhor reabilitação. Aqui, novamente, o universo químico do microambiente neurológico entra em cena. Pesquisas demonstraram que, em condições normais, a proteína contribui com cerca de 10-15% da energia requerida para um metabolismo corpóreo normal. Em pacientes com lesões encefálicas, tornou-se necessário o aumento de 160-240% na administração protéica para se obter o mesmo nível de atividade metabólica sistêmica.

De maneira semelhante, a fraqueza muscular, a qual acompanha pacientes com lesões encefálicas graves, pode resultar do déficit de insulina e superprodução de glicose, o que, por sua vez, culmina em uma neurotoxicidade maior. Algumas substâncias, especialmente os fatores neurotróficos, podem ser afetadas pelos altos níveis de insulina.

Se as necessidades metabólicas dos pacientes lesados encefálicos não forem consideradas seriamente no planejamento de terapias agudas e crônicas, a má-nutrição e a diminuição da resposta ao programa terapêutico podem tomar lugar.

Felizmente, já se observa, mormente em países europeus, a presença de nutricionistas dentro da equipe terapêutica, fato este, como visto, totalmente necessário e repleto de sentido.

13. Cognição

O nível cognitivo do paciente neurológico é importante no processo terapêutico e este nível pode ou não estar afetado pela lesão. Certamente, os indivíduos com menor déficit cognitivo respondem de maneira mais adequada à terapia, por manter sua esfera de funcionamento intelectual preservado.

A prática mental de uma habilidade física também tem sido utilizada para facilitar o desempenho de uma rotina já aprendida e para a aquisição de uma habilidade motora. Decety *et al.* (1994), utilizaram a tomografia de emissão de pósitrons (PET) em um experimento com sujeitos

normais para comprovar que durante a prática mental há a ativação dos caminhos neurais relacionados com as áreas de controle motor. Foi solicitado aos sujeitos que se imaginassem pegando um objeto com a mão direita; com isto, os investigadores verificaram que a área 6 de Brodmann, o núcleo caudado e o cerebelo bilateralmente foram mais ativados.

Saber quão eficaz é a prática mental para as habilidades motoras, ainda é um desafio. A prática mental é melhor do que nenhuma prática, apesar de não ser tão eficaz como a prática real, porém, de não ser tão eficaz como a prática real, porém, a combinação da prática mental com a física pode levar a resultados, por vezes, melhores do que a prática apenas física. Esta mentalização parece facilitar a armazenagem do movimento na memória, bem como, posteriormente, o recrutamento da memória do movimento.

Por fim, quando se pensa em um programa terapêutico, torna-se mister considerar todos estes fatores citados acima e, urge, principalmente, fazer com que o paciente e sua família participem ativamente do programa, com a finalidade de restabelecer a integração familiar e psicossocial do paciente. Baseando-se nos novos conceitos de um SN plástico e dinâmico, enfatizamos que a neuroplasticidade viabiliza a recuperação do paciente neurológico, ainda que parcialmente. E, principalmente, que a interação com o meio ambiente é capaz de provocar transformações estruturais e funcionais no SNC. Afastamo-nos, assim, de um sistema nervoso estável e imutável, e vislumbramos, cada vez mais, um neurouniverso dinâmico e responsivo.

Não podemos, ainda, desvendar todos os mistérios do Sistema Nervoso. Isto é, inquestionavelmente, frustrante. Porém, é exatamente esta frustração que mantém incontáveis pessoas trabalhando em seus

laboratórios horas a fio em uma tentativa-teima de desvendar, ao menos, parte destes mistérios, para que os programas terapêuticos possam, cada vez mais, enveredar pelos caminhos da melhora na qualidade de vida dos pacientes.

Referências Bibliográficas

- ANNUNCIATO, N.F. Desenvolvimento do sistema nervoso. *Temas sobre Desenvolvimento*, v.4, n.24, 35-46, 1995.
- ANNUNCIATO, N.F. A plasticidade do sistema nervoso. In: DOUGLAS, C.R. et al. - *Patofisiologia Oral: Fisiologia Normal e Patológica Aplicada à Odontologia e Fonoaudiologia*, 1.ed. São Paulo: Pancast, v.1, 355-369, 1998.
- ANNUNCIATO, N.F.; SILVA, C.F. Regeneração do sistema nervoso e fatores neurotróficos. In: DOUGLAS, C.R. et al. - *Patofisiologia Oral: Fisiologia Normal e Patológica Aplicada à Odontologia e Fonoaudiologia*, 1.ed. São Paulo: Pancast, v.1, 370-379, 1998.
- ANNUNCIATO, N.F. et al. *Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung*, 1.ed. Lübeck: Hansisches Verlagskontor, v.2, 87-112, 1999.
- BACH-Y-RITA, P. Brain plasticity as a basis of the development of rehabilitation procedures for hemiplegia. *Scans J Rehab Med*, v.13, 73-81, 1981.
- BRASIL-NETO, J.; COHEN, L.G.; PASCUAL-LEONE A. et al. Rapid reversible modulation of human motor outputs after transient deafferentation of the forearm: a study with transcranial magnetic stimulation. *Neurology*, v. 42, 1302-1306, 1992.
- COTMAN, C.W.; GÓMEZ-PINILLA, F.; KAHLE, J. S. - Neural Plasticity and Regeneration. In: SIEGEL, G. J. - *Basic Neurochemistry*, 5.ed. New York: Raven Press, 607-626, 1994.
- DOBKIN, B.H. - Activity-Dependent Learning Contributes to Motor Recovery. *American Neurological Association*, v.44, n.2, 158-160, 1998. DECETY, J.; PERANI, D.; JEANNEROD, M. et al. Mapping motor representations with positron emission tomography. *Nature*, v.371, n.13, 600-602, 1994.
- JENKINS, W.M.; MERZENICH, M.M.; OCHS, M.T. et al. Functional Reorganization of Primary Somatosensory Cortex in Adult Owl Monkeys after Behaviorally Controlled Tactile Stimulation. *Journal of Neurophysiology*, v.63, n.1, 82-104, 1990.
- KLEIM, J.A.; VIJ, K.; BALLARD, D.H. et al. Learning-Dependent Synaptic Modifications in the Cerebellar Cortex of the Adult Rat Persist for at Least Four Weeks. *The Journal of Neuroscience*, v.17, n.2, 717-721, 1997. KRAMER, B.C.; GOLDMAN, A.D.; MYTILINEOU, C. Glial cell line derived neurotrophic factor promotes the recovery of dopamine neurons damaged by 6-hydroxydopamine in vitro. *Brain Research*, v.851, 221-227, 1999.
- LEE, S.H.; SHENG, M. Development of neuron-neuron synapses. *Current Opinion in Neurobiology*, v.10, 125-131, 2000.
- MAYVILLE, J.M.; BRESSLER, S.L.; FUCHS, A. et al. Spatiotemporal reorganization of electrical activity in the human brain associated with a timing transition in rhythmic auditory-motor coordination. *Experimental Brain Research*, n.127, 371-381, 1999.
- MERZENICH, M.M.; KAAS, J.H.; WALL, J.T. et al. Progression of change following median nerve section in the cortical representation of the hand in areas 3b and 1 in adult owl and squirrel monkeys. *Neuroscience*, v.10, n.3, 639-665, 1983.
- MERZENICH, M.M.; NELSON R.J.; STRYKER M.P. et al. Somatosensory cortical map changes following digit amputation in adult monkeys. *Journal Comp Neurol*, v.224, 591-605, 1984.
- NELLES, G.; SPIEKERMANN, G.; JUEPTNER, M. et al. Evolution of Functional Reorganization in Hemiplegic Stroke: A Serial Positron Emission Tomographic Activation Study. *Annals of Neurology*, v.46, n.6, 901-909, 1999.
- OLIVEIRA, C.E.N. *Malformações Corticais: Aspectos Embriofetais e Genéticos*. Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. 108p., 2002.
- OLIVEIRA, C.E.N.; SALINA, M.E.; ANNUNCIATO, N.F. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do sistema nervoso central. *Acta Fisiátrica*, São Paulo, v.8, n.1, 6-13, 2001.
- PÖPPEL, E. Neural Mechanisms in Visual Restitution. *Human Neurobiology*, v. 1, 1982.
- RAKIC, P.; ZECEVIC, N. Programmed cell death in the developing human telencephalon. *European Journal of Neuroscience*, v.12, 2721-2734, 2000.
- SAVITZ, S.I.; ROSENBAUM, D.M. Apoptosis in neurological disease. *Neurosurgery*, v.42, n.3, 555-574, 1998.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANATOMIA. *Terminologia anatômica internacional*. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole, 248p., 2001.
- STEIN, D.G.; BRAILOWSKY, S.; WILL, B. *Brain Repair*, 1.ed. New York: Oxford University Press, 156p, 1995.
- TRENDELENBURG, U. Mechanisms of supersensitivity and subsensitivity to sympathomimetic amines. *Pharmacological Reviews*. v.18, 629-640, 1966.
- TEUBER, H.L. Is it really better to have your brain damage early? A revision of the "Kennard Principle". *Neuropsychologia*, 17:557-583, 1971. WAINBERG, M.C. Plasticity of the Central Nervous System: Functional Implication for Rehabilitation. *Physiotherapy Canada*, v.40, n.4, 224-232, 1988.
- WICKELGREN, I. Teaching the Spinal Cord to Walk. *Science*, v.279, 319-321, 1998.

Sobre reabilitar o que não se reabilita

Taís Quevedo Marcolino
Especialista em Terapia ocupacional Dinâmica
taisquevedo@hotmail.com

Resumo

O presente trabalho apresenta considerações acerca da clínica de terapia ocupacional¹ dinâmica junto a pacientes portadores de deficiência física. São apresentados os conceitos que subsidiam a clínica, as características da clientela e, paralelamente, as críticas ao modelo de reabilitação centrado na lesão.

Além disso, a experiência clínica da autora permeia todo o texto através de trechos de casos clínicos, de modo a exemplificar conceitos e críticas.

Abstract

This article presents some considerations about the dynamic occupational therapy in the treatment of handicapped people. The concepts underlying the clinical practice, the characteristics of the clients and some criticisms about the functionalist model in rehabilitation are introduced in the paper. The author's clinical experience is used to illustrate the concepts and the criticisms.

Palavras-chave: terapia ocupacional dinâmica, reabilitação física, reabilitação centrada na lesão/funcionalista.

Keywords: dynamic occupational therapy, physical rehabilitation, functionalist model

Introdução

Benetton (1994,1999) conceitua o sujeito-alvo das ações de Terapia Ocupacional como aquele que se encontra desinserido socialmente e evidencia que o diagnóstico para a Terapia Ocupacional não é uma doença mas sim uma situação². Além disso, refere que a doença e sua recuperação produzem um corte no cotidiano. A proposta da terapia ocupacional dinâmica é, justamente, promover a construção de um novo cotidiano através de suas técnicas centradas na relação triádica³.

Este ensaio trata da assistência em terapia ocupacional dinâmica a pacientes portadores de seqüelas físicas, especificamente seqüelas decorrentes de acidente vascular encefálico⁴ (AVE).

Trabalhar numa unidade de reabilitação é estar o tempo todo em contato com histórias entrecortadas, não somente na sala de atendimento, mas no corredor de espera, no salão de fisioterapia. O clima entre pacientes, terapeutas e estagiários é sempre de descontração, brincadeiras, conversas, comemorações de aniversários... No entanto, quando a conversa é falar sobre o que aconteceu e como vai a vida, surge o entristecimento pelo ocorrido e pelo tempo de recuperação/reabilitação, que é impeditivo para qualquer outro projeto, a vida

fica centrada no ir e vir aos atendimentos, e no cumprir com as tarefas de automanutenção, nem sempre com independência e iniciativa.

Takatori (2001), ao referir-se à rotina dessas pessoas, diz que "...não há sujeito que vive esse tempo, mas um tempo que anuncia atividades, de sobrevivência, de cuidados clínicos, incorporadas ao seu dia-a-dia." (p.372).

A funcionalidade

Há diferentes relatos de colegas terapeutas ocupacionais a respeito de suas práticas com essa clientela. Alguns deles (Pereira, 1997, Fenili e Sant'anna, 2001) relatam a insuficiência do modelo de reabilitação funcionalista para a assistência de Terapia Ocupacional.

Benetton (1999) apresenta o caráter de funcionalidade na Terapia Ocupacional como tendo sido assumido por muitos autores, pelos precursores da profissão (Meyer, Simon e Schneider) e por muitos outros, e refere que, para tais autores, a ocupação deve ser funcional e atingir seus objetivos: funções mentais ou físicas deficientes ou pouco desenvolvidas merecem ações reativas na forma de exercícios ou atividade/exercício⁵. Benetton considera esta prática restritiva, tanto para o desenvolvimento da funcionalidade como para a inserção social.

Takatori, Bontempo e Benetton (2001) complementam esta idéia mencionando o risco de uma prática clínica centrada somente em abordagens neuroevolutivas e biomecânicas, ou seja, centrada na lesão e na seqüela. Claro está que essas ações são necessárias para os pacientes com deficiências entrarem em atividade mas não são únicas, no sentido de garantir uma funcionalidade exercida num cotidiano, compreendendo-se por cotidiano aquele que é construído a partir do fazer singular de cada um, no dia-a-dia, nos diferentes contextos sociais (Takatori, 2001).

A grande questão é: onde centrar a atenção? As autoras supracitadas esclarecem que a lesão, a seqüela, a marca, é real e necessita de cuidados mas, antes de tudo, está localizada no sujeito, em seu corpo e psiquismo. Eis aqui uma diferença entre o trabalho com psicóticos⁶, o externo no psicótico não é visível mas percebido socialmente pelo discurso e pelas ações, o olhar do de fora existe para o terapeuta, para a família, para os amigos, estando o psicótico bastante voltado para seu mundo interno. Já o deficiente carrega a marca visível para o olhar dos outros e para si próprio, tanto ao sentido da visão como para os sentidos cinestésicos e proprioceptivos, voltando-se também para seu mundo interno. Seu psiquismo também apresenta uma certa cisão com o mundo externo percebida através de suas ações e de seu discurso a respeito do que foi (para a lesão adquirida), do que é e do que deseja ser, que, num primeiro momento, é o desejar retornar a ser o que era ou o não ser diferente. Tais ações e discursos são aceitos socialmente, pois referem-se à imagem da incapacidade, do ser/estar doente como bloqueio para qualquer produção.

Esta é a cura onde não há cura, explicitada por Takatori, Bontempo e Benetton (2001) quando citam Jerusalinsky (1988). Para o caso das seqüelas adquiridas, voltar a ser como antes da doença é o aspecto da reabilitação para o qual não há possibilidades de recuperação. Esse desejo de voltar a ser e a fazer como antes e centrar todo o investimento na recuperação da paralisia, cria uma outra paralisia, a dos demais aspectos da vida. Esta paralisia é, por vezes, sentida contratransferencialmente (paralisia do terapeuta) e é ponto de partida para procedimentos que levem à ação. Trabalhar com a reabilitação do que não é reabilitável, é também aventurar-se a uma viagem onde não há como ter um roteiro pré-estabelecido (Ferrari, 1997). Há aí, uma provocação e uma direção a ser seguida.

A provocação refere-se à prática funcionalista e seus objetivos, tão bem demarcados e seqüenciais; a direção é a de olhar para as necessidades do paciente, investigadas situacionalmente.

A assistência

Almeida (1997) propõe: "É preciso retirar do campo 'extra-clínico' as dificuldades da vida real, de sujeitos reais, e com isto, povoar a reabilitação. Colocar em evidência não apenas a abstração implicada na formulação 'aumento de capacidades funcionais = maiores possibilidades de inserção social', como a redução que opera do universo complexo da deficiência." (p. 86).

Para a terapia ocupacional dinâmica, é a vida real que está na clínica. Tedesco e Ferrari (2000) apontam que a inserção social passa pela relação singular de um indivíduo com aquilo que deseja ou precisa realizar em seu cotidiano. É através do que é vivenciado no *setting* da terapia ocupacional, na realização de atividades, nos sentimentos que permeiam a relação triádica, que este fazer singular acontece.

Do ponto de vista prático, Benetton (1994) localiza no processo de realização de atividades as possibilidades de se estabelecer novos rumos para o fazer, "a relação de ensinar, aprender, construir, inventar, criar, propiciada no fazer partilhado, abre espaço para a ocorrência de uma experiência individual prazerosa... onde fatos da vida são vividos de forma diferente." (p.75). Esta idéia é complementada por Tedesco e Ferrari (2000) ao afirmarem que a dinâmica de realização das atividades impõe uma relação dinâmica na construção de fatos psíquicos e que a compreensão e elaboração dessa experiência dão significado a uma realidade externa a ser transposta para o social, "estamos simplesmente falando de que com técnicas de ensino e aprendizagem de atividades (...), experimenta-se viver." (p. 35). No caso específico de pacientes

com seqüelas físicas, viver com o novo corpo, com novos aprendizados, menos cindidos em relação ao antes.

É na terapia ocupacional que, muitas vezes, essas pessoas são solicitadas a fazer algo pela primeira vez. Muitos chegam referindo que já conseguem escovar os dentes, fazer uso do vaso sanitário e comer sozinhos, nada mais. A escolha de projetos de atividades permeia diferentes dimensões. "Bela⁷ decide pintar um quadro para a casa nova. Durante os últimos quatro anos, ela e o marido ficaram envolvidos com a construção da casa. Quase não se viam... Sua segunda atividade está sendo o desenho de um homem negro (ambos são de raça negra) bem durante uma briga com o marido sobre as dívidas antigas e nossas conversas sobre sexualidade. Bela participa de um grupo de terapia ocupacional com outras mulheres, nele está fazendo a capa e a contracapa de um diário, está se recuperando da afasia, quer as palavras de volta... O idéia do diário surgiu após seu comentário sobre seu quadro "droga" (havia feito com muito prazer, no final, mesmo sendo alertada que seria muito difícil fazer linhas tão finas, fez e não gostou do resultado). O diário aparece como uma indicação de atividade para ajudar no registro de sua melhora (ela tem dificuldades de perceber o quanto sua fala melhorou), no registro de nossa história, no registro de suas vivências..."

A escolha do primeiro projeto de atividade pode acontecer pelo desejo do paciente em experimentar algo, pelas provocações feitas pelas atividades dos outros pacientes que ficam expostas pela sala, pelo desejo de fazer o que fazia antes ou mesmo pelo "a senhora é que sabe, o que me pedir eu faço". "O primeiro projeto de Altino foi assim: 'a dra. que sabe'. Estava saindo de uma depressão relativa ao advento da seqüela. Sempre foi um homem muito ativo e admirado por todos. Trabalhou em ferroviária, deu aulas, foi garçom, expositor de orquídeas e ganhador de prêmios.

Após o AVE, ele e a esposa deram todas as setecentas orquídeas. Propus, em provocação, que me ajudasse com um vaso de cerâmica que eu queria revestir com mosaico de azulejos. Ele tomou para si o vaso, colocou o braço seqüelado sobre ele como apoio e, desse dia em diante, colocou-se em ação.”

Para o paciente portador de seqüela de AVE, ou de alguma seqüela adquirida, disponibilizar-se a fazer atividades com a terapeuta ocupacional vai assumindo significados a partir de suas referências pessoais, vê-se claramente o trânsito entre realidade interna e externa através do fazer atividades e conversar sobre elas. “Altino pintou uma tela, o investimento que tem em suas atividades durante o processo de fazê-las é admirável. Os detalhes, a segurança no pegar o pincel... certo dia, falou do seu desgosto pelo quadro. Digo-lhe que ele deveria ter sido um homem que recebia muitos elogios pelo que costumava fazer. Altino diz que sim e começa a chorar. Depois, contou novamente toda sua trajetória, de trabalhos e feitos, mas com um diferencial: ressaltou bastante a fase em que, já aposentado, inscreveu-se num curso para garçons, ‘junto com a molecada’ (sic). Pergunto-lhe se ele gostaria de voltar a aprender, que, pelas minhas observações, ele poderia aprender a pintar telas. Sem pestanejar disse que sim. Logo na outra semana tirei férias e quando voltei, Altino contou-me que tem levantado cedo e feito seus exercícios para o braço, também não tem tido vontade de ficar na cama e começou a arriscar-se a fazer coisas na casa.”

Em relação à aprendizagem na terapia ocupacional, Benetton (1994) escreve “Foi através dessas características [ensino e aprendizagem] que, pela primeira vez, pensei em ‘inserção social’ e não em ‘reinserção social’. Pois ensinar ou aprender de outra forma é dar continuidade ao ensino e aprendizagem, o que implica na idéia de criar formas, que podem ser praticamente infinitas, quando pensamos na condição humana.

Então, por que falar em reinserção, quando estamos falando do ‘novo’ e daquilo que será acrescentado?” (p.48). Esta característica da terapia ocupacional dinâmica é imprescindível na assistência a esta clientela, pois a aprendizagem acontece também concretamente, não somente no relacionar-se consigo e com os outros, mas através das experiências com os materiais, com o novo corpo. A todo momento os pacientes falam que a aprendizagem é nova, e não é aprender de novo, é aprender de um novo jeito: a costurar, a se vestir, a transar, a apreciar as coisas da vida... “Cláudia é uma mulher muito trabalhadora e exigente, diz que a seqüela fez com que ela desse um tempo para si, para sorrir e brincar com a vida, hoje é bem mais humorada... com algumas adaptações feitas na terapia ocupacional a partir das necessidades trazidas por ela e com o novo jeito aprendido para realizar algumas tarefas conseguiu realizar inúmeros afazeres domésticos que antes a irritavam, ‘tentava fazer do jeito antigo e via que não dava, sentava no sofá e começava a chorar’ ”.

As abordagens correlatas à Terapia Ocupacional são sempre convidadas a ajudar na recuperação neuromotora para que seja possível o movimento para fazer algo, o que é desejado ou o que se precisa fazer. Órteses, técnicas de reorganização neuro-muscular, alongamentos, exercícios ativos e passivos acontecem como atividades para que as atividades possam ser feitas. “Sandy queria um boneco de pano. Auxiliei-a a desenhar o molde, cortar com tesoura adaptada, mas costurar exigia o movimento de pinça e Sandy só tinha a preensão lateral. Os exercícios entraram como atividades de responsabilidade para ela – é sempre muito acomodada e diz que quando crescer e se casar vai morar na casa da sogra, que fará tudo para ela, inclusive vesti-la – trabalhou duro nos movimentos e conseguiu firmar os dedos. O boneco começou a ser costurado e o reconhecimento do esforço e de que vale a pena aconteceu.”

Falar em dinamismo na terapia ocupacional é também levar em conta o dinamismo da recuperação: com o passar do tempo, com nosso bom trabalho e com o bom trabalho dos colegas fisioterapeutas e fonoaudiólogos a seqüela também se transforma. Muitas dessas melhoras são sentidas no fazer atividades na terapia ocupacional: é o braço que oferece apoio, a mão que faz preensão em pinça, as palavras que surgem nas fofocas do grupo...

E como diz Jorge, ao apresentar o grupo de terapia ocupacional a uma nova integrante em seu primeiro dia, "aqui a vida continua!"⁸

Considerações finais

A assistência em reabilitação tendo como referencial teórico-metodológico a terapia ocupacional dinâmica tem se mostrado bastante fértil em suas concepções e práticas, além de oferecer-se como campo libertário para terapeutas ocupacionais que, no campo da reabilitação física, entendem que a melhora motora não é o fim da linha na terapia ocupacional.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, M.C. Deficiência e cotidiano. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 8/2-3, 1997, p. 81-86.
- ARES, M. J. J. Acidente vascular encefálico. In: Teixeira et al. [orgs], Terapia ocupacional na reabilitação física. São Paulo: Roca, 2003, p. 04-16.
- BENETTON, M.J. A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental. Tese de doutorado. Campinas; UNICAMP, 1994, 190 p.
- BENETTON, M.J. Trilhas associativas – ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional. São Paulo: Diagrama&Texto e ceto-Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 1999, 144 p.
- FENILI, L. B. E. SANT'ANNA, M. M. M. Vivendo o cotidiano. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, ano 6, n. 6, 2001, p. 22-24.
- 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, v.2, n. 2, 1997, p. 09-15.
- PEREIRA, D.B. A incorporação da deficiência física pelos pacientes com seqüela de acidente vascular cerebral: um estudo de caso sobre a reconstrução da identidade. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, ano VI, vol 6, n.2, jul/dez, 1997, p. 79-124.
- TAKATORI, M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. Revista O Mundo da Saúde, São Paulo, ano 25, v. 25, n. 4, out/dez, 2001, p. 371-377.
- TAKATORI, M. BONTEMPO, E. BENETTON, M.J. O brincar e a criança com deficiência física: a construção de uma história em terapia ocupacional. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, ano IX, vol. 9, n. 2, jul/dez, 2001, p. 91-105.
- TEDESCO, S.A. FERRARI, S. M. L. Acesso à teoria da técnica trilhas associativas. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, ano 5, n. 5, 2000, p.32-36.

Notas

1. A grafia minúscula (terapia ocupacional) refere-se aos procedimentos técnicos e a grafia com iniciais maiúsculas (Terapia Ocupacional) refere-se à profissão, de acordo com a proposta de Benetton 1994.
2. Diagnóstico situacional: "... não classificatório ou explicativo, consiste na descrição e análise das condições socioemocionais, as quais o sujeito apresenta em nossos primeiros encontros ... deve ser feito durante todo o processo, possibilita a observação das etapas evolutivas da terapia." (Benetton, 1999)
3. Relação triádica: relação terapeuta-paciente-atividades, na qual existe a terapeuta com seus recursos (1º. termo), o paciente que se encontra para fazer terapia ocupacional (2º. termo) e as atividades como terceiro termo da relação.
4. AVE = "...síndrome clínica descrita como um déficit neurológico focal causado por alteração na circulação sanguínea cerebral e com conseqüências nos planos cognitivo e sensoriomotor, de acordo com a área afetada e sua extensão."(Ares, 2003, p. 04).
5. É comum encontrarmos essa denominação em textos de terapeutas ocupacionais que trabalham sob o referencial da funcionalidade.
6. Psicótico enquanto estrutura psíquica cindida e não em relação à sintomatologia psiquiátrica.
7. Os nomes dos pacientes são fictícios para resguardar suas identidades.
8. Os relatos apresentados são como fotografias, há histórias anteriores e posteriores a eles, às vezes histórias concomitantes.

Terapia Ocupacional: do setting terapêutico para o palco da vida

Karina Pereira Rodrigues

Especialista em Terapia Ocupacional Dinâmica

Resumo

Este artigo tem como propósito abordar o estudo clínico de um caso sob o vértice da construção complexa do cotidiano da clínica da Terapia Ocupacional. Um cotidiano construído através da prática, da técnica, de procedimentos do ensino/aprendizagem, do terapêutico, da construção da Relação Triádica. Conceitos estes pertencentes e adquiridos através do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, que demonstrou extrema pertinência para a intervenção e o cuidado nas ações em Saúde Mental.

Palavras-Chave: Relação Triádica; Atividades; Processo Terapêutico; Terapia Ocupacional; Saúde Mental; Trilhas Associativas

Abstract

This article has the aim to expose the clinical study of a case under the (vertex) of the complex construction of day – by – day of a clinic the Occupational Therapy.

A daily built by the practice, the technique of procedures of teaching – learning of the therapeutic of the construction of the triadic relationship. Concepts these belonging and acquired by the Method of the Dynamic Occupational Therapy that showed an exact pertinence for the intervention and the care on the Actions in Mental Health.

Keywords: Triadic Relationship; Activities; Therapeutic procedure; Occupational Therapy; Mental Health; Associative paths.

Introdução

A população alvo da Terapia Ocupacional não é descrita pela doença e/ou deficiência e sim por uma necessidade que está diretamente ligada a uma determinada condição social, condição esta que ocasiona a estes indivíduos uma desinscrição, que acontece a partir de um sintoma, um déficit, uma doença, uma internação...

Existe uma história onde se deixa de fazer ou de ter muitas coisas na vida destes indivíduos.

O sujeito-alvo da Terapia Ocupacional é antes de tudo um sujeito excluído de um fazer próprio. É alguém necessitado de uma potência relacional; onde possa ter outro alguém que possa FAZER junto, compartilhar. Quando isto ocorre abre-se a possibilidade de demarcar experiências num tempo e espaço. Isto é Inscrição Social.

O sujeito excluído, marginalizado, passa a ocupar um lugar no mundo pelo viés de sua deficiência ou falta. É visto como alguém incapaz, improdutivo, que não serve, literalmente, para ocupar um posto/lugar nesta sociedade capitalista e muitas vezes preconceituosa.

Portanto, seu lugar passa então a ser pensado em um local, bem longe dos olhos das cidades; afastado do cotidiano daqueles indivíduos produtivos, capazes, "normais".

E é lá, no silêncio e no sossego da exclusão, atrás dos grandes muros da Instituição, que se encontra uma outra população. A população dos loucos, dos coxos, dos tortos, de todos aqueles que por algum motivo são diferentes e tratados com indiferença. Indiferença que nasce de uma sociedade também INCAPAZ. Incapaz de lidar com aquilo que não lhe é familiar, diferente. Incapaz de lidar com seu sentimento de frustração ao se deparar com a imperfeição.

A Instituição por sua vez, abriga, mas cronifica, segrega, exclui. Sua rotina massacra dia após dia a identidade de cada indivíduo que ali se encontra, seus desejos, sua criatividade, seus sentimentos, seus sonhos, sua vida.

Na Instituição existe hora pra tudo: levantar; comer, tomar banho, assistir TV, para ser atendido, para dormir. Só não existe hora para SER, FAZER, ACONTECER.

A Terapia Ocupacional, como profissão da Saúde, Educação e Esfera Social, busca através de suas técnicas e procedimentos intervir e cuidar da saúde destes indivíduos, possibilitando a construção de um cotidiano dentro desta rotina Institucional.

É no processo terapêutico, na constituição da relação triádica que se inicia o caminho do CUIDAR, uma relação potencializadora, um encontro para compartilhar e que posteriormente será ampliado para o social.

O FAZER COMPARTILHADO e CONTEXTUALIZADO da Terapia Ocupacional sustenta e promove o fazer no social, fora do *setting*, devolvendo ao indivíduo a possibilidade de voltar a SER alguém na sociedade, VIVER.

O Caso Clínico

Partindo da concepção de Diagnóstico Situacional proposta por Benetton (1994), apresento o caso M.

M. é uma mulher de 37 anos, moradora do Solar das Magnólias (Um setor para indivíduos com déficits neurológicos /físicos/mentais) há aproximadamente treze anos.

Viveu com a família na zona rural do interior de São Paulo sem tratamento efetivo por muitos anos. Seu diagnóstico médico é o de Deficiência Mental Leve e Paraplegia (MMII) devido à seqüela de Encefalite.

M. também morou em um Hospital da Região que nasceu, por onze anos, onde recebia visitas da família diariamente mas, como não era um Hospital Especializado, acabou sendo transferida para Divinolândia.

M. é uma mulher de cabelos ondulados castanho-escuros na altura do queixo, olhos castanho-escuros, pele morena e está acima do peso. Num primeiro momento não é uma pessoa sorridente, receptiva. Locomove-se através de uma cadeira de rodas, o que lhe concede uma certa liberdade dentro do setor onde mora. Encontrase entre os cinco melhores moradores dentre os 150 que ali residem no que diz respeito à autonomia, nível cognitivo/intelectual, linguagem, loco-moção (já que a grande maioria fica restrita ao leito devido às graves deformidades).

Iniciou seus atendimentos na Terapia Ocupacional comigo há aproximadamente um ano e três meses. Já mantínhamos uma relação amigável e informal nos corredores, festas o que fez com que M. me parasse um dia no corredor e solicitasse para ir até a minha sala. Combinamos o dia e a hora para nos encontrarmos.

Pontualmente, no primeiro encontro, M. de imediato perguntou o que iria fazer na Terapia Ocupacional comigo.

Logo de cara percebi que, consciente ou não, M. acabava de falar da relação triádica.

Abri-lhe um enorme sorriso e disse que ali ela poderia escolher e/ou aprender várias atividades

como pintura, tapeçaria, mosaico, crochê/bordado, cestarias, bijuterias, jogar, ouvir músicas, ler histórias entre inúmeras outras coisas, e que o nosso contrato era esse: o de nos encontrarmos para fazer coisas juntas.

Disse-me com pouco entusiasmo que gostaria de começar a pintar assim como o morador M.P., mas que não sabia pintar.

M.P. é o melhor morador do Setor, no que diz respeito à autonomia, independência e nível cognitivo/intelectual; é paraplégico, hemofílico e um excelente artista plástico.

Disse a M. que poderia começar quando quisesse e que aos poucos iria aprimorar seu jeito de pintar aprendendo as técnicas e procedimentos da pintura.

M. iniciou neste mesmo atendimento sua primeira pintura e atividade comigo na T.O. Ela desenhou um sol grande bem no centro da tela, e o fez com cores fortes e vibrantes .

Durante a realização da atividade M. alternava momentos de quietude com momentos de intensa cobrança quanto à perfeição de seu trabalho. A cada pincelada M. tecia um comentário negativo a respeito da atividade, que o desenho não estava bom, que a pintura estava feia, que não ia conseguir.

Era muito grande a sua ansiedade quanto à performance, parecia que M. nem se dava conta de que este era apenas seu primeiro trabalho com a pintura e também na terapia ocupacional. Seu desejo era o de que já começasse pintando como o M.P. esquecendo que sempre existe um processo pelo qual só se aprende fazendo, errando, fazendo e vencendo.

Neste primeiro momento, em seu discurso, não trouxe nada a seu respeito. Este parecia mesmo o seu encontro consigo mesma no que diz respeito ao FAZER, EXPERIMENTAR, aos seus limites e

condições. A preocupação era a de realizar a sua atividade e realmente se envolver com ela.

Ao final do trabalho, M. deu vida ao sol que pintou desenhando um rosto no mesmo. E como o nariz ficou idêntico ao seu, por alguns instantes arrisquei um comentário:

T: Este rosto; principalmente o nariz, me faz lembrar você.

M: Você acha?

T: Acho que sim.

M: É, pode ser...

Terminamos este atendimento marcando nossos encontros uma vez por semana, durando uma hora e meia cada.

Nos atendimentos que se seguem, M. falta durante duas semanas (dois atendimentos) devido a fortes dores no ouvido e estômago, passando praticamente o dia todo deitada no quarto.

Cabe aqui ressaltar que M., segundo informações da Equipe de Enfermagem, é hipocondríaca. Solicita a Enfermagem sempre com dores que muitas vezes não são diagnosticadas, e querendo remédios. Algumas de suas dores são curadas com placebos.

Passo em seu quarto estes dias no seu horário de atendimento, a fim de propiciar a presença ativa da terapeuta. Pergunto se gostaria de fazer alguma atividade ali mesmo em seu quarto. M. diz que não. Digo a ela que seu quadro já estava pronto, mas parece não querer muito papo.

Três semanas depois M. retorna para o atendimento.

Mantém em seu rosto aquele semblante que oscila entre o triste e o emburrado.

Logo de cara relata que não quer mais continuar seus atendimentos no Setor de Psicologia, pois não se sente à vontade para dizer e sonhar.

Peço a ela que exemplifique, para que possa ficar mais claro para mim.

Ela diz que não quer falar sobre isso.

Pergunto então o que ela gostaria de fazer.

M. olha e diz que não sabe.

Mostro a ela uma atividade minha, um tapete de arraiolo.

M. pergunta para que estou fazendo aquele tapete.

Conto a ela que aquela atividade foi escolhida por mim, para ser apresentada na Disciplina de um Curso de Especialização que estou fazendo.

Neste momento, sento ao seu lado e começo a fazer alguns pontos dizendo e mostrando como se faz.

Ofereço minha atividade a M. para que a mesma experimente fazer (terapeuta emprestando sua atividade/seu ego/sua história).

M. me olha como se estivesse pedindo autorização com os olhos para mexer no que é meu. Dou-lhe um sorriso consentindo: sinal verde.

M. pega a agulha corretamente, parece ter destreza/coordenação suficiente para realizar a técnica. Faz o primeiro ponto quando percebe que precisaria voltar uma casa atrás para completá-lo, e larga tudo exclamando:

— Eu não sou caranguejo para andar pra trás! Eu não quero mais fazer isso.

Digo a ela que tudo bem, que a minha intenção era apenas a de apresentar a ela outra possibilidade de atividade, e que ela pode escolher outra atividade para fazer enquanto eu vou fazendo a minha.

A terapeuta introduz a sua atividade no *setting* possibilitando, além de outras coisas, uma aproximação entre o indivíduo em terapia e a terapeuta, no sentido de a terapeuta se colocar

como modelo de quem erra, experimenta e também poder dizer de suas coisas através do FAZER COMPARTILHADO.

M. pergunta se eu não me sinto um caranguejo fazendo aquela atividade.

Digo a ela que não, que me sinto bem pois aquela atividade faz parte de um novo e prazeroso período da minha vida.

Neste momento a atividade da terapeuta é localizada em um tempo e um espaço, possibilitando que se crie um espaço de historicidade no FAZER, que mais tarde poderá ser vivenciado e lembrado pelo indivíduo.

M. pede para que eu pegue o álbum de fotos das festas e passeios realizados no Setor este ano. Diz que quer escolher uma foto para pintar.

M. não demora a escolher. Pega a foto da médica responsável pelo Setor e diz que quer desenhá-la.

Dá início a seu desenho e começa a exaltar a beleza, a generosidade e o cuidado que a médica tem com os moradores do Setor. Relata sua admiração pelo trabalho da médica.

Ainda mantém seu discurso e comportamento de descontentamento com aquilo que faz. Sempre acha ruim, feio, a busca pela perfeição parece algo reparador pela imperfeição causada por sua deficiência.

Termina o atendimento com o desenho pronto, copiado da fotografia.

Cabe aqui relatar que a Psicóloga me procura a fim de esclarecer sobre uma paixão/amor que M. vem alimentando em relação à médica. Diz que já deu "dados de realidade" para M., relatando que a médica já tinha namorado.

Digo a Psicóloga que M. estava pintando um retrato da médica na Terapia, mas que seus comentários a respeito da mesma giravam

apenas em torno de sua admiração e carinho pela mesma.

Começo a pensar que, talvez, quando M. falou sobre a dificuldade em ter liberdade para dizer e sonhar, demonstrava dificuldades no relacionamento entre ambas.

No próximo atendimento M. inicia sua pintura sobre o desenho. Relata que quer que a pintura fique bem igual à foto.

Coloco uma música tranqüila de fundo e M. mergulha em silêncio, concentrada em sua atividade.

Continuo levando minha atividade para o *setting*. Um olho está nela, o outro em M.

Após um longo período em silêncio, M. pergunta:

- Você acha normal eu amar uma mulher?
- Você acha que as pessoas acham isso normal?

Digo a ela que o AMOR é um sentimento único e universal, e que podemos senti-lo por todas as coisas deste mundo: bichos, plantas, objetos e gente...

O que precisamos é primeiramente defini-lo: saber de onde vem?; por que vem?, e quando vem?, para que possamos direcioná-lo ou não ao objeto amado. E isto vai depender da resposta do outro.

M.: Como assim? Resposta do outro?

T: Por exemplo, eu posso sentir um grande AMOR/CARINHO por uma determinada pessoa, porém eu posso exacerbar e transmitir isso até onde aquela pessoa permitir e eu vou percebendo isso através das atitudes, gestos, comportamentos emitidos por esta pessoa ao se deparar com o meu sentimento. Entende? Ou seja: o meu espaço termina aonde começa o do outro.

M. fecha a cara, empurra o material e vai saindo da sala.

Digo a ela que falei o que acredito e que podemos conversar a respeito, estamos ali para isso.

M. vai saindo secamente.

Levanto-me e vou seguindo-a.

M. empurra a cadeira de rodas sobre minhas pernas com certa agressividade.

Solicita que eu a tire do horário.

Digo a ela já no corredor que vou guardar suas atividades e esperar um outro momento para conversarmos.

Ela sugere com ironia que eu espere sentada.

Trinta e cinco dias se passam e M. neste período se afastou dos demais atendimentos que mantinha: Psicológico e Pedagógico.

Fico à sua espera, aguardando o seu tempo...

Após esse período, em um final de tarde, M. vai até a minha sala e pergunta se podemos conversar.

Dou-lhe um sorriso e digo que sim.

Diz que veio se encontrar com a terapeuta ocupacional e pede para rever seu último quadro (o da médica) e diz que gostaria de terminá-lo para entregar. Pergunta também se pode levar sua primeira atividade (a tela do sol) para enfeitar seu quarto.

Retornamos seu horário e marcamos para recomeçarmos na próxima semana.

No atendimento que se segue M. termina a tela/retrato rapidamente e com maior tranqüilidade. Admira-a por alguns instantes e solicita outra tela.

E pela primeira vez fala de si, da sua história de vida enquanto morava com os pais, até os 11 anos, em Jacaréí.

Das lembranças de quando ainda andava, até os 8 anos. Do sacrifício da família para cuidar

da mesma devido ao seu "peso", pois foi ficando cada vez mais gorda e pesada depois que ficou paraplégica. Conta também de sua primeira internação no hospital de sua cidade, aos 11 anos. O início de sua trajetória em Instituições.

Enquanto falava solicitou uma tela aonde ia pintando livremente uma casa de fazenda, bem rústica, com cores fortes como antigamente: laranja, verde, marrom...

Disse que era sua casa na infância.

A atividade começa a circular entre a realidade interna e a externa.

Ao final deste atendimento M. pede para que eu marque com a médica um dia para entregar seu presente. Digo que farei e darei o retorno a ela.

M. guarda as duas telas no armário.

Arrisco um comentário dizendo que mais uma vez ela fez um nariz muito parecido com o dela, e que o cabelo também parecia, e brinqueei: – Seria este retrato uma junção entre M. e a médica, Dra.E?

Ela sorriu e disse ainda não saber.

Marco com a médica para a entrega do presente e, resumidamente, e de forma a não prejudicar o sigilo terapêutico (eticamente), relato um pouco acerca da representatividade desta atividade para M. e dos vaivéns na terapia perante a dificuldade em lidar com seus sentimentos e também com os do outro.

Após uma semana M. entrega, na minha presença, o presente: tela/retrato.

M. é bem recebida e, sorridente, entrega o presente dizendo que já é de Natal.

A médica sorri, embora em alguns momentos se apresente apreensiva.

Ao desembulhá-lo, pergunta:

– Quem é?

M. responde: – É você?

Dra.: Está muito bonito, vou guardar com carinho. Acho que também lembra você.

M. olha para mim e sorri.

M. solicita um abraço da médica.

A mesma o faz. M. extrapola apertando-a demais, beijando-a no rosto e não querendo soltá-la.

Imediatamente a médica tenta sair de seu abraço caloroso, com a atitude de tirar os braços de M. com os seus braços.

Ao sair da sala, já no corredor, M. relata que talvez a médica não tenha gostado do presente.

Digo a ela que acredito que não tenha sido o presente, mas talvez a forma como M. a abordou ao abraçá-la no final. E completei dizendo: – Você lembra? A nossa liberdade termina quando se inicia a do outro.

Despeço-me de M. ao final deste encontro, dando-lhe a notícia sobre minhas férias, que irão ocorrer daqui a três semanas, e que ficarei ausente durante um mês.

Combinamos de nos encontrar nas comemorações de final de ano do Setor e retomarmos nossos encontros ao final do mês de Janeiro.

M. parece ficar receosa e se despede como se estivesse com medo da terapeuta não voltar.

Após as Férias...

27/01/2003

M. chega para o atendimento cabisbaixa, já solicitando ser dispensada de seu horário.

Digo a ela que gostaria de conversar, saber como foi este período em que eu estava em férias.

M. fica mas diz que não quer conversar e pergunta o que vamos fazer hoje.

Percebo que o lugar da atividade está fortemente delimitado em nossa relação.

Digo a ela que fique à vontade para escolher o que gostaria de fazer neste nosso reencontro.

Com os olhos, busca nas prateleiras da sala algo que possa começar a fazer.

Aponta para as miçangas e diz querer fazer um colar.

Enquanto M. faz seu colar, faço uma faixa de cabelo de crochê para mim.

Após alguns minutos de silêncio, M. solta a seguinte frase:

– “Pessoas frágeis como eu não podem criar defesas, senão não experimentam a vida.”

Neste momento rapidamente reflito sobre o quanto é difícil para M. colocar este discurso na prática, já que em seu cotidiano está sempre colocando/criando barreiras para que as coisas se dificultem para ela, muitas vezes impedindo-a de experimentar/vivenciar coisas novas.

Quando inicio um comentário a respeito, M. diz que não quer ouvir o que eu tenho a dizer e que apenas “pensou alto”.

Ela relata que está triste pois a pessoa que ela mais gosta ali anda fugindo dela.

Pergunto se ela sabe ou imagina por que isso vem acontecendo.

Responde que não e que também não quer falar sobre isso.

Percebo que até o momento M. vem se comunicando de forma fragmentada, sem dar continuidade aos assuntos trazidos.

Relata que nas minhas férias fez uma pequena caixa de papel-cartão com um molde que eu havia deixado com ela há um tempo atrás.

Dou um sorriso e pergunto o que ela fez com a caixa.

M. relata que não fez nada, pois alguém a pegou de seu quarto e que ali no Setor era assim mesmo as coisas nunca permaneciam como o dono havia deixado, mas que também não havia importância pois ela não tinha gostado da caixa mesmo.

Digo a ela que poderia ter guardado dentro de sua cômoda e mostro a importância de cuidar daquilo que é seu.

M. pede minha ajuda para segurar uma das pontas de seu colar, para que ela dê um nó na outra ponta.

De repente, propositalmente, M. deixa escapar o fio de *nylon* e todo trabalho se perde no chão. M. olha para mim esperando que eu diga algo.

Digo a ela que não se preocupe pois é só recomeçar o trabalho para que sua peça fique do jeito que desejar.

Ela retoma seu trabalho dizendo que desta vez vai fazê-lo diferente, alternando as cores das miçangas.

Após alguns segundos em silêncio, completa:

– “Tem dia que a casa cai mesmo e daí a gente recomeça de novo.”

Digo que concordo com ela em que há momentos em que devemos refletir, refazer, recomeçar. E por que não reavaliar se a nossa “casa” está bem estruturada/firme para evitar que ela caia.

M. sorri e retorna a seu trabalho, repete as mesmas cores e seqüência das miçangas, porém muda o projeto: em vez de um colar, sua bijuteria será uma pulseira com voltas.

Termina seu projeto dizendo que não está perfeito pois descobre um erro na seqüência das cores, mas diz que não vai refazer agora e que talvez outra hora o faça.

Mais uma vez me chama a atenção esta busca

de M. pela perfeição em suas atividades; penso se isto poderia estar relacionado com algum mecanismo de compensação perante a convivência permanente com sua imperfeição física.

31/01/2003

Neste atendimento, a foto de um corpo feminino nu, na embalagem de um lápis carvão para telas, chama a atenção de M., que pede para ver de perto.

Diz que aprecia a anatomia do corpo, principalmente os seios. E que talvez um dia possa vir a desenhar um corpo feminino nu em uma tela, mas que hoje irá desenhar um rosto.

Ao iniciar seu trabalho fica com receio de sujar a tela com o lápis-carvão.

Explico a ela que não precisa se preocupar pois a tinta irá cobrir os traços.

Enquanto dá forma ao rosto, diz que é um monstro preto. Depois que é o rosto da médica e que às vezes ela é meio monstro.

Retoma o assunto sobre a sexualidade dizendo que acredita que as pessoas a achem SEM-VERGONHA.

Pergunto o porque desta crença.

Diz que já encontraram em sua cômoda revistas com corpos nus, de homens e mulheres.

Neste momento, M. suja seu braço com a tinta preta que estava usando para pintar os cabelos da figura desenhada.

Solicita que eu a limpe. Com cuidado passo uma toalha umedecida com um pouco de Tinner.

M. se exalta dizendo que aquele produto pode queimar sua pele.

Tranqüilizo-a mostrando a pequena quantidade existente na toalha e, com um gesto de enorme cuidado, limpo seu braço, possibilitando nesta

minha atitude a entrada da Maternagem em nossa relação. I (?).

M. parece encontrar nestes segundos um espaço para vagar, vai longe com seu olhar e pensamento. Neste contexto não é preciso que ela responda a qualquer demanda, apenas sinta a possibilidade da estar só na presença da terapeuta.

Após este momento M. retorna tranqüilamente à sua pintura e em seguida tece um comentário:

– A Dra. E. lembra meu pai em algumas coisas.

Eu pergunto em quê.

Ela relata que no jeito bravo de ser em alguns momentos e na defesa de carinho.

Pergunto o que vem a ser esta defesa de carinho para ela.

– Era difícil para meu pai dar e receber carinho, entende?

M. diz estar cansada e pede para continuarmos no próximo encontro.

Sinto que neste atendimento o fortalecimento da Relação Triádica e da Maternagem se intensifica através de um espaço para falar de si enquanto faz e naquilo que faz.

04/02/03

M. inicia o atendimento:

– Eu não sou uma mulher! Eu sou um anjo que caiu do céu por causa do peso!!!! Eu sou uma pobre doente!!!

Digo a ela que não a vejo desta forma, que a enxergo como uma mulher que vem crescendo e se descobrindo a cada dia através das coisas que vem fazendo.

Rapidamente ela desvia o assunto e pergunta se eu posso chamar o morador M.P. para que

ele venha até a sala dar dicas sobre pintura, emprestar material, dar opiniões etc.

Neste momento se inicia o processo de ampliação do *setting* com a entrada do quarto termo para fazer parte da história do fazer de M.

M.P. é muito atencioso e responde prontamente a todas as solicitações de M. quanto a dicas de como se obtêm diversas cores de tintas, qual o pincel mais adequado a cada tipo de tinta, fala também das obras de alguns artistas etc.

M. mantém uma postura mais observadora diante daquele que ela tem como modelo dentro da Instituição.

Após a saída de M.P., M. relata que quando virar uma artista não vai se esquecer de mim.

Continuo dizendo que desejava que ela conseguisse ser uma artista em todos os sentidos de sua vida.

M. continua dizendo que já não tem tanta insegurança quando realiza uma atividade comigo na Terapia Ocupacional; e que a tendência é melhorar cada vez mais.

Fica em silêncio em alguns momentos.

Retoma a conversa dizendo que ultimamente está com raiva de si mesma porque não consegue agradar ninguém.

Pergunto a ela por que precisa agradar aos outros.

Responde que, para ela, é muito difícil fazer gente, no sentido de desenhar.

Digo a ela que é tão difícil quanto conviver com gente.

Ficamos em silêncio por alguns instantes, quando começou uma música no rádio cujo refrão dizia:

“Nada vai me fazer desistir do AMOR...”

De repente M. começa a cantar:

“Nada vai me fazer desistir do ALMOÇO...”

E completa dizendo que troca um AMOR por um ALMOÇO, e que se tivesse um namorado ia preferir sair para comer a fazer amor com ele.

Fico pensando o quanto este discurso está relacionado com o fato de ter sido colocada dentro de uma Instituição, devido a seu aumento de peso, e conseqüentemente ter se sentido rejeitada pela mãe e por toda a família.

Digo a ela que o AMOR e o ALMOÇO são duas formas distintas de se obter prazer e satisfação, e que ambas são necessárias.

Pergunto para M. se ela já pensou ou pensa em viver em outro lugar, já que tem a casa de seu irmão, ou então viver em outra Instituição onde pudesse conviver com pessoas com nível intelectual, cognitivo como o dela, propiciando maiores trocas afetivas.

Ela me responde que não muda muita coisa de um lugar para outro, relata que tudo aqui é Terra / Universo e usa frases como :

– “As pessoas mudam muito de lugar sem ter ficado realmente naquele lugar, e o que tem que mudar realmente é o interior das pessoas e não o lugar onde elas vivem. O lugar é apenas um detalhe.”

“Meus pais me ensinaram que existem coisas na vida que não voltam, por exemplo, a morte de um sentimento. Eles sempre me disseram que sou bela. A beleza me parece não como algo natural, mas como algo que esconde, afasta.”

Diz isso tudo e vai saindo sem que eu consiga lhe dizer algo.

07/02/2003

M. chega para o atendimento quieta, parece estar à espera de que eu diga o tem de fazer.

Comprimento-a e pergunto o que ela gostaria de fazer.

Fica me olhando em silêncio.

Digo a ela que a tela que pintou com o rosto feminino está quase seca, e pergunto se gostaria de terminá-la.

M. pede para que eu coloque o material que irá precisar em sua frente.

Após organizar o *setting* para M., ela pergunta por que eu não pinto uma tela enquanto ela termina a sua.

Aceito sua proposta.

Início minha atividade enquanto M., entre uma pincelada e outra, fica com um olho no meu FAZER e o outro no SEU.

M. estava tentando fazer a mesma tonalidade de pele que usou ao pintar a tela pela primeira vez, para pintar o rosto da figura feminina, a qual nomeou ser o da médica Dr. E. Só que desta vez a tonalidade da tinta ficou mais forte, dando ao rosto uma pele mais morena, com mais vida que anteriormente.

Percebo que M. não está pintando com o mesmo cuidado que teve ao fazê-lo pela primeira vez, fazendo com que algumas partes do rosto fiquem borradas.

Digo a M. minha observação sobre a nova tonalidade da pele, que deu mais vida ao rosto.

M. borra mais uma vez o seu desenho e o empurra para o lado, afastando-se da mesa.

Pergunto a ela o que estava acontecendo.

Ela responde rudemente que é porque tem que estar ali.

Digo a M. que ela não tem que estar ali de uma forma obrigada, e sim que tivesse o prazer e que fosse de sua vontade estar ali para realizar atividades na minha presença, assim como combinamos em nosso contrato, desde o primeiro encontro. Disse também que acreditava que naquele momento ela pudesse ter ficado

incomodada com alguma coisa que talvez não quisesse ou não pudesse ser dita, e que nossa relação, juntamente com a atividade, de certa forma resgatou e trouxe isto à tona.

M. permanece em silêncio, atenta à minha fala.

Continuo dizendo que fiquei pensando bastante sobre o atendimento que havia iniciado a pintura do rosto feminino, onde uma possível identificação com a médica Dra.E. e seu pai tinha sido feita por ela mesma devido à dificuldade que ambos encontravam em dar e receber carinho .

M., em tom irônico, diz não se lembrar de ter falado isso.

Essa postura de M. me incomoda, trazendo nesse momento um sentimento de desconforto.

M. continua dizendo que dessa forma não vai querer mais vir aos atendimentos.

Respondo dizendo que desta forma eu também não gostaria de continuar me encontrando com ela.

Neste momento, acreditando que os sentimentos vivenciados pelo terapeuta dentro da relação triádica é de grande importância para o processo terapêutico, decido falar o que estou sentindo.

Começo dizendo a M. que quando encontro com ela procuro sempre relatar o que vivenciamos no atendimento, para que posteriormente eu possa refletir, repensar e trazer de volta algumas possibilidades para, juntamente com suas atividades, podermos associar fatos e idéias à sua história de vida com o intuito de reorganizar e devolver a ela as rédeas de sua própria vida. No entanto, percebo que ela se apresenta com uma postura que dificulta nossa relação e, conseqüentemente, todo esse processo.

Nesse momento M. me olha dentro dos olhos e diz que está morrendo por dentro, que está vivendo neste período uma melancolia tão profunda, que desejava o tempo todo morrer e

que, no entanto, não conseguia encontrar força nem para fazer isso.

Digo a ela que embora ela esteja sentindo e vivendo todo esse desejo de morrer, hoje havia dado vida a um rosto pálido que estava naquela tela, misturando as tintas, fazendo as cores, e que esta capacidade e esta vida haviam saído de dentro dela.

Já chorando e visivelmente emocionada, M. relata que as pessoas não gostam dela, que a médica de que tanto gosta não lhe dá atenção, que ninguém percebe que ela existe e que se sente como um bebê chorão.

Olho nos seus olhos e digo que gosto muito dela, que me preocupo muito com ela e lhe dou um abraço.

Neste momento M. chora tanto e tão alto, chegando a gritar. É a primeira vez em um ano que a vejo exteriorizar um choro dessa forma, carregado de tanto sentimento e emoção.

Volto ao meu lugar dizendo que eu a havia escolhido em meio a 150 pessoas moradores daquele Setor, para levar como estudo para minha especialização, com o intuito de me aperfeiçoar para cuidar melhor dela e da nossa relação. Digo também que ela é importante para mim como pessoa e como profissional.

M. olha-me e num desabafo diz que não sabe se agüenta a Terapia Ocupacional, pois ela (TO) mostra para ela (M) coisas que ela não sabe se pode suportar, e completa dizendo que esta tela com a figura feminina era para ser a médica Dra.E, e que no entanto não era mais ela a dona daquele rosto e que, na verdade, ela não sabia mais de quem era.

Relata que às vezes foge dos nossos encontros porque sabe que nele vai descobrir, encontrar coisas.

Completo dizendo a M. que entendo que

realmente a terapia ocupacional mostra e transforma a vida dela, e que na verdade, eu, terapeuta, e as atividades, promovemos juntamente com ela um encontro, e que ela acabava de perceber que neste lugar o encontro mais importante que acontecia, na verdade, era o encontro dela, M., com ela mesma, com sua verdadeira essência, com suas alegrias, tristezas, dores, vitórias, satisfações, frustrações etc. E que eu e meu *setting* (expliquei a ela o sentido da palavra) estaríamos sempre prontos para recebê-la e também para permitir a sua saída.

Ela me dá um forte abraço e sai da sala. Pouco depois retorna e diz que gostaria de me presentear. E com um pacote nas mãos me entrega de presente três fatias húngaras com aparência e sabor deliciosos.

Compartilhamos a comida, a cumplicidade, o afeto...

Termino dizendo a ela que podemos experimentar ali o AMOR e o ALMOÇO, e demos um largo sorriso juntas.

13/03/03

M. terminou mais uma tela neste dia, totalizando sete trabalhos de pintura. Esta última era a de uma garota nua, com sua genitália desenhada na forma de um coração pintado de preto, e sua feição era idêntica à de outras telas onde a mesma aparecia .

Disse a M. que faria um atendimento diferente neste dia. Coloquei na mesa à sua frente todas as suas telas e pedi para que M. separasse algumas atividades que tivessem para ela algo em comum a partir de uma consígnia, e exemplifiquei.

M. começou separando as que foram difíceis de fazer (difíceis no sentido de mexer com seus sentimentos/ emoções) e as que foram prazerosas de fazer.

Neste primeiro grupo ficaram: a tela do sol, a casa, o rosto de uma garota e o ipê-amarelo.

No segundo grupo ficaram: uma mulher de corpo inteiro (com a qual presenteou a médica), um casal de gatos meio humanos caminhando ao pôr-do-sol e seu último trabalho até o momento, o da garota nua.

A partir deste primeiro agrupamento a história começou a ser contada. A princípio como peças isoladas de um grande quebra-cabeças, mas que ao final apresentaram alguns recortes da verdadeira história de M.

De acordo com a história que M. ia descrevendo dos agrupamentos ali existentes, outros novos agrupamentos e associações foram aparecendo e possibilitando a ampliação dos olhares sobre a mesma história.

Em um certo momento M. relata que quando era uma garota e ainda morava com os pais no sítio em Jacareí, a única paisagem que tinha da porta da cozinha (lugar onde M. passava a maior parte do tempo em casa) era a de um ipê-amarelo.

E quando olho para suas atividades encontro ali os três elementos da história que M. me trazia: a tela com o rosto da garota (ela), a casa do sítio, o ipê-amarelo.

Outros agrupamentos se seguem, onde M. conta sua história. Momentos da terapia foram lembrados e discutidos, como a questão da sexualidade que apareceu em algumas de suas telas, a questão da obesidade e daquela frase utilizada por M.:

– “Nada vai me fazer desistir do almoço....”

Foi um momento de cumplicidade entre M., suas atividades e eu (terapeuta). Tudo que ali era dito, também ali estava feito! Portanto, não era visto como algo interpretado, invasivo. Ela estava diante de flashes de sua história, feitos

por ela mesma e ajudados por mim a serem montados e contados ali naquele momento e espaço.

M. ao final me fez a seguinte colocação:

– Sabe, Karina, quando eu era menina meu sonho era ser bailarina, dançar balé clássico! Eu só queria dançar! Quando veio esta doença, eu tive duas paralisias: a cerebral e a pessoal! Isso podou a minha vida! Eu só queria dançar! E todo dia eu assistia tevê e me perguntava: POR QUE EU????? Olhava para aquelas pessoas dançando nos programas e me perguntava: POR QUE EU ?????

Mas agora, depois de tanto tempo eu gostaria de fazer uma pergunta a você:

Você acha mais importante eu dançar em um palco ou eu dançar na vida?

Fiquei neste momento extremamente emocionada, senti o quanto a terapia ocupacional, e principalmente a técnica Trilhas Associativas, haviam feito M. chegar a este caminho.

Respondi a ela que acreditava ser mais importante conseguir dançar na VIDA!!!

Ela rapidamente perguntou:

– Você acha que eu vou conseguir?

Respondi:

– Você já está dançando há algum tempo, desde que você permitiu que eu fosse seu par. Desde que você veio até aqui, iniciou suas atividades e se deparou com você, sua história. Dia após dia você aprendeu e continua aprendendo os passos para dançar, e percebeu também que haverá de dançar conforme a música. A cada sorriso, a cada lágrima, você construiu aqui a possibilidade para dançar, primeiramente em nosso palco da Terapia Ocupacional (*Setting*) e eu acredito que se estenderá para o palco da VIDA!!!!

Ela sorri, me dá um abraço e diz que já sabe o que irá pintar em sua próxima tela, porque daqui a algum tempo iremos rever outras atividades.

Conclusão

Propiciar um espaço para a construção da identidade do indivíduo institucionalizado é principalmente devolver-lhe o direito à VIDA!

O *setting* da Terapia Ocupacional apresenta-se como um campo extremamente rico para o encontro do indivíduo com ele mesmo: suas habilidades, suas dificuldades, seus sentimentos, suas experiências, enfim, sua história.

Fazer atividades na presença ativa da terapeuta possibilita a criação de um espaço de historicidade, onde se pode ser alguém que FAZ, alguém que É, em determinado tempo e lugar.

A utilização da técnica Trilhas Associativas foi fundamental para se estabelecer a comunicação, a construção de uma história que pôde ser contada através daquilo que foi feito e registrado no *setting*.

Creio que para M. a possibilidade de usufruir deste espaço, deu início a um processo de redirecionamento de seu cotidiano dentro da Instituição. Ampliar experiências vivenciadas no

setting terapêutico para o seu dia-a-dia, vem possibilitando a M. experimentar um novo modo de pensar, fazer, ser e estar no mundo.

Ter vivenciado, enquanto terapeuta ocupacional, a técnica Trilhas Associativas com certo êxito, me fez pensar e refletir que a minha Trilha Pessoal e Profissional acaba de começar e que pretendo contribuir com cada indivíduo que aceitar dançar comigo no palco da Terapia Ocupacional e, por que não ?, no palco da VIDA!!!!!!

Referências Bibliográficas

- BENETTON, M. J. "Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da psicose." São Paulo, Lemos Editorial, 1991.
- BENETTON, M.J. "Trilhas Associativas: ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional." São Paulo: Diagrama e Texto/*ceto* – Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 1999.
- BENETTON, M. J. "A Terapia Ocupacional como instrumento nas Ações de Saúde Mental." Campinas, 1994. Tese de Doutorado – Programa de Pós- Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.
- ERVING GOFFMAN. "Manicômios, Prisões e Conventos." Editora Perspectiva, 1961.
- ERVING GOFFMAN. "Estigma" Editora Guanabara, 1985.
- FERRARI, S.M.L. "Terapia Ocupacional: espaço de narrativa entre forma e imagem. Revista *ceto* (4), São Paulo, 1999".
- JEAN – GUY JOBIM ,M. Sc "Da atividade, o que pode ainda ser dito" Revista do *ceto*: (4) São Paulo, 1999.
- MANTOAN e colaboradores, Maria Teresa Eglée. "A integração de pessoas com deficiências." São Paulo: Editora Memnon.
- TEDESCO, S e FERRARI, S.M.L. Acesso à técnica "Trilhas Associativas." Revista do *ceto* (5), São Paulo, 2000.
- WINNICOTT, D. W. "O brincar e a Realidade." Editora Imago, Rio de Janeiro, 1975
- WINNICOTT, D. W. "O ambiente e os processos de maturação." Artes Médicas, Porto Alegre, 1982.

Revista do ceto

Normas para envio de artigos e resenhas

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

1. Os trabalhos enviados para publicação na *Revista do 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. O título deverá ser repetido encimando o corpo do trabalho, com omissão do nome do articulista, ou de qualquer sinal que permita identificá-lo, em todas as demais páginas, excetuada a página de rosto.
4. Os trabalhos deverão ser enviados em cinco cópias e um disquete, e endereçadas ao Conselho Editorial da *Revista do ceto*; ou entregues pessoalmente à Rua Fradique Coutinho, 1945, 05416-012, São Paulo. Não serão aceitos trabalhos remetidos sem cópias.
5. Os trabalhos recebidos serão encaminhados à Coordenação Editorial da *Revista do ceto*; que reterá a página de rosto antes de submetê-los à Comissão Editorial, mantendo-se, deste modo, os nomes dos articulistas em sigilo durante todo o processo de apreciação dos mesmos.
6. A Comissão 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 do ceto* particularmente no que se refere à forma das citações bibliográficas, sendo assessorada, nesta função, pela equipe de revisão.
7. É indispensável seguir os padrões gráficos utilizados pela *Revista do ceto*:
 - o que merecer destaque deve vir em itálico.
 - não utilizar sublinhado nem negrito.
- intertítulos (subtítulos) em **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 na referência final do artigo, o número desta nota, no texto, deve vir após a conclusão da citação. Exemplo: "... em Slagle"¹
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.
 - d. **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 dois exemplares da revista em que consta seu trabalho.
- 11- Os trabalhos recusados não serão devolvidos; por este motivo, recomenda-se aos autores guardarem cópia de seus textos.
- 12- 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 do ceto*.
- 13- Não serão publicados artigos que atentem contra a ética profissional, que contenham termos ou idéias reconceituosos, ou que expressem pontos de vista incompatíveis com os princípios do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional.
- 14- Os artigos aceitos não serão necessariamente publicados de imediato.
- 15- As opiniões sustentadas nos trabalhos publicados pertencem exclusivamente a seus autores.
16. Referências Bibliográficas: devem ser apresentadas de acordo com as recomendações da ABNT, 2000 (NB-6023)